

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA- UNB
FACULDADE DE CEILÂNDIA- FCE
CURSO DE GRADUAÇÃO- TERAPIA OCUPACIONAL

ANA PAULA CAROLINA FERREIRA ALVES

**MÉTODO CANGURU NO HOSPITAL REGIONAL DE CEILÂNDIA: UMA
COMPARAÇÃO ENTRE A SITUAÇÃO ATUAL E A NORMA TÉCNICA.**

Brasília- DF

2013.

ANA PAULA CAROLINA FERREIRA ALVES

**MÉTODO CANGURU NO HOSPITAL REGIONAL DE CEILÂNDIA: UMA
COMPARAÇÃO ENTRE A SITUAÇÃO ATUAL E A NORMA TÉCNICA.**

Trabalho de Conclusão de Curso à Universidade de
Brasília (UnB) como requisito parcial para obtenção do
título de Bacharel em Terapia Ocupacional.

Professora Orientadora: Dr.^a Tatiana Barcelos Pontes

Co-orientadora: Mchilanny Bussinguer de Menezes

Brasília- DF

2013.

ALVES, ANA PAULA CAROLINA FERREIRA.
Método Canguru no Hospital Regional de Ceilândia: Uma comparação
entre a situação atual e a norma técnica- DF./ ANA, ALVES. --
Ceilândia, 2013.

73p. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso, Faculdade de Ceilândia- UnB.

Orientador: Prof.^a Dr.^a Tatiana Barcelos Pontes

Co-orientadora: Mchilanny Bussinguer de Menezes

**Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a
reprodução total ou parcial deste trabalho, por processos
fotocopiadores e outros meios eletrônicos.**

Assinatura:

Data:

Comitê de Ética da FEPECS/ SES-DF

Protocolo nº: 313.347

Data: 24/06/2013

TERMO DE APROVAÇÃO

A Comissão Examinadora, abaixo-assinada,
aprova o Trabalho de Conclusão de Curso.

Método Canguru no Hospital Regional de Ceilândia: Uma comparação entre a situação atual e a norma técnica.

Elaborada por
Ana Paula Carolina Ferreira Alves

Requisito parcial para obtenção do grau
de Bacharel em Terapia Ocupacional
da Universidade Federal de Brasília – UNB

COMISSÃO EXAMINADORA:

Prof^ª. Dr. Tatiana Barcelos Pontes
(Orientadora)

Prof^ª. Mchilanny Burssinguer de Menezes
(Co-orientadora)

Prof^ª. Laiane Ribeiro

Prof^ª. Letícia Fangel

Ceilândia, 2013.

*Aos meus familiares por terem acreditado em
minha capacidade, em especial minha mãe, Maria
do Rosário, que com sua compreensão e seu amor
me encorajou a lutar pela realização do meu
grande sonho.*

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ser o pilar da minha vida e sempre ter me dado forças nas horas difíceis.

Aos meus pais, Paulo Alves e Maria do Rosário, que, com exemplo e dedicação ensinaram a lutar e buscar meus sonhos.

Aos meus irmãos, Eduardo e Luís Gustavo, que com carinho e paciência me ajudaram em toda essa jornada.

Aos meus familiares, que mesmo estando distante transmitiram palavras e sentimentos de apoio e perseverança.

Ao meu namorado amado, Rafael Monteiro, pelo companheirismo e dedicação em todas as horas. Pelas palavras de conforto e carinho que sempre me incentivaram a concluir esse presente trabalho e me ensinou a nunca desistir. Muito obrigada!

À minha orientadora, Tatiana e co-orientadora, Mchilanny, cujas orientações me foram extremamente úteis para a conclusão da pesquisa. E a todos os meus professores de graduação que me ajudaram na formação acadêmica.

Às minhas amigas, Vanessa Coimbra e Íris Patrícia, pelos momentos que me deram forças nos estudos acadêmicos.

Às minhas colegas de faculdade, com as quais aprendi bastante, em especial, Luísa, que me ajudou na tradução do meu trabalho. Rosane, Marília, Polyanna, Fabiana, Talita, Ana Carolina, Ísis, Vivian, Débora e todas as outras que cursaram na graduação. Também às minhas queridas amigas *in memoriam*, Pâmela Velozo e Laís Pimenta que marcaram minha história e que deixaram saudades.

“Se temos de esperar, que seja para colher a semente boa que lançamos hoje no solo da vida. Se for para semear, então que seja para produzir milhões de sorrisos, de solidariedade e amizade”.

(Cora Coralina)

RESUMO

Várias intervenções têm sido discutidas na última década para preservar a saúde dos recém-nascidos pré-termo com o foco de aperfeiçoar o padrão de atendimento dos profissionais envolvidos na atenção aos neonatos. Assim, visando uma intervenção qualificada, o Método Canguru foi regulamentado como uma prática humanizada voltada aos recém-nascidos de baixo-peso. Esse programa procura diminuir o tempo de internação da criança, fortalecer o vínculo entre a mãe e bebê, estimular o contato pele a pele, incentivar o aleitamento materno, controlar a temperatura corporal, além de empoderar os pais nos cuidados com o recém-nascido. A utilização do Método Canguru é definida por três importantes etapas, sendo aplicada substancialmente por profissionais devidamente capacitados. Com o advento da aplicação do Método Canguru no cenário mundial, o Ministério da Saúde normatizou a prática do Método Canguru para a adesão da intervenção em todo o território brasileiro. Objetivos: Caracterizar o modelo adotado pelo Hospital Regional de Ceilândia na assistência aos neonatos do Método Canguru e assim, comparar a norma da Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo-Peso – Método Canguru ao modelo institucional de assistência prestado pelo Hospital Regional de Ceilândia, através dos critérios percebidos pelas mães/famíliares assistidos pelo método na primeira, segunda e terceira etapa para verificar a adesão da norma no hospital, como também os critérios comumente adotados pela equipe para o acompanhamento, encaminhamento para as etapas do Método Canguru e alta hospitalar do recém-nascido. Metodologia: Trata-se de uma análise quantitativa descritiva dos questionários semiestruturados criados para verificar os critérios percebidos pelas mães e familiares assistidas na Unidade de Neonatologia e os critérios adotados para a assistência no método pela equipe do Hospital Regional de Ceilândia. Resultados: Os resultados mostram que com a frequência dos dados encontrados na assistência prestada aos familiares e neonato, houve uma significativa padronização quando comparado com a norma, assim como nos critérios utilizados pelos profissionais da unidade no encaminhamento para as etapas do método. Conclusão: A maioria dos resultados encontrados coincide com as recomendações da norma no programa de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido Baixo-Peso Método Canguru, no entanto, dados relacionados à terceira etapa do método demonstram que existem metas a se cumprir, como o ambulatório de segmento follow-up do recém-nascido e disponibilidade de profissionais para o acompanhamento do prematuro assistido.

Palavras- chave: Atenção Humanizada, Recém-Nascido, Pré-Termo, Método Canguru, Hospital Regional de Ceilândia.

ABSTRACT

Several interventions have been discussed in the past decade to preserve the health of newborn preterm with a focus to improve the standard of care for professionals involved in the care of neonates. Thus, targeting intervention qualified, the Kangaroo Care (KC) was regulated as a humane practice geared to newborns of low birth weight. This program seeks to reduce the length of hospitalization of the child, strengthen the bond between mother and baby, stimulate the skin to skin contact, encourage breastfeeding, control body temperature, and empower parents in caring for their newborn. The use of Kangaroo Care is defined by three major steps being applied mainly by properly trained professionals. With the advent of the application of Kangaroo Care on the world stage, the Ministry of Health has standardized the practice of KC adherence intervention throughout the Brazilian territory. Objectives: of this research focused on characterizing the adhesion model adopted by the Hospital Regional of Ceilândia (HRC)- a regional hospital in Ceilândia, Distrito Federal- giving assistance to newborns the Kangaroo Method and thus compare the standard of Humane Newborn Low-Weight - Kangaroo Care to institutional model assistance provided by the HRC, through the criteria perceived by mothers / families assisted by the method in the first, second and third step to verify compliance of the standard in the hospital, as well as the criteria commonly adopted by the team to follow up, referral to the steps of the KC and discharge of the newborn. Methodology: of this work it is a descriptive quantitative analysis of semi-structured questionnaires designed to verify the criteria perceived by mothers and family members assisted in Neonatology and the criteria adopted for service in the method by the staff of Regional Hospital of Ceilândia. Results: The results show that the frequency of the data found in assisting family and neonate, there was a significant standardization when compared with the standard, as well as the criteria used by the unit staff in referral to the steps of the method. Conclusion: The majority of the findings coincides with the recommendations of the standard program for Humane Newborn Low-weight Kangaroo Care, however, data related to the third step of the method show that there are goals to be fulfilled, such as outpatient segment follow-up of newborns and availability of professionals to monitor the premature assisted.

Keywords: standard, Newborn, Preterm, Kangaroo Care, Regional Hospital of Ceilândia.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Primeira etapa do Método Canguru, Ceilândia 2012.

Tabela 2 – Assistência e Participação dos pais/familiares na primeira etapa do Método Canguru, Ceilândia 2012.

Tabela 3 - Admissão de auxílio para a permanência na UTIN/UCIN, Ceilândia 2012.

Tabela 4 – Percepção da equipe em manter os níveis de estímulos ambientais controlados na UTIN/UCIN, Ceilândia 2012.

Tabela 5 – Assistência na segunda etapa do Método Canguru, Ceilândia 2012.

Tabela 6 – Suporte da equipe para o desenvolvimento das condições psicoafetivas entre criança e família, Ceilândia 2012.

Tabela 7 – Assistência na terceira etapa do Método Canguru, Ceilândia 2012.

Tabela 8 – Critério de encaminhamento para as etapas do Método Canguru, Ceilândia 2012.

Tabela 9 - Enfermaria Canguru, Ceilândia 2012.

Tabela 10 - Assistência no acompanhamento do desenvolvimento do bebê do Método Canguru, Ceilândia 2012.

Tabela 11 - Avaliação do método de forma periódica, Ceilândia 2012.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AHRNBP-MC- Atenção Humanizada ao Recém-nascido de Baixo Peso- Método Canguru

BNDES- Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social

CAPS- Centro de Atenção Psicossocial

FEBRASGO- Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia

HRC- Hospital Regional de Ceilândia

IMIP- Instituto Materno Infantil de Pernambuco

KMC- Kangaroo Mother Care

MC- Método Canguru

OPAS- Organização Pan- Americana

PNH- Política Nacional de Humanização

RA- Região Administrativa

RNPT- Recém-Nascido Pré-Termo

SBP- Sociedade Brasileira de Pediatria

SHIS- Sociedade de Habitação de Interesse

SME- Seio Materno Exclusivo

SNC- Sistema Nervoso Central

SUS- Sistema Único de Saúde

UCIN- Unidade de Cuidados Intermediários

UNICEF- Fundo das Nações Unidas para a Infância

UTIN- Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	13
2. REFERENCIAL TEÓRICO.....	15
2.1 Método Canguru.....	15
2.1.1 Acolhimento no processo de tratamento	17
2.1.2 Estabelecendo o vínculo mãe-bebê	19
2.1.3 Contato pele a pele.....	20
2.2 Norma Técnica da Atenção Humanizada ao Recém- Nascido de Baixo Peso- MC.	20
3. OBJETIVOS.....	24
4. MATERIAIS E MÉTODOS	25
4.1. Local do Estudo	26
4.2 Etapas do Estudo	26
4.3 Amostra.....	27
4.4 Método de Coleta dos dados	28
4.4.1 Questionário I- Etapas do MC	28
4.4.2 Questionário II- Percepção dos Profissionais da Equipe MC.....	29
4.5 Análise de dados	29
4.6 Questões éticas	30
5. RESULTADOS	30
5.1 Primeira Etapa Método Canguru	30
5.2 Segunda Etapa Método Canguru	33
5.3 Terceira Etapa Método Canguru	35
5.4 Critérios dos profissionais da equipe MC	36
6. DISCUSSÃO.....	39
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	46
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	48
9. ANEXOS	51
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	63
10. APÊNDICE.....	65

1. INTRODUÇÃO

Nos últimos dez anos, novas tecnologias para bebês em estado de enfermidade em ambiente de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal contribuíram para o declínio do tempo de internação hospitalar. (MACDONALD; MULEET; SESHIA, 2007).

Tais inovações tecnológicas aumentaram a expectativa de vida dos recém-nascidos pré-termo devido às evoluções assistenciais, porém o que preocupa são as condições de saúde da criança ao longo do tempo em decorrência das condições clínicas que a prematuridade pode acarretar, tais como no comprometimento do desenvolvimento motor, cognitivo, nas relações sociais e familiares. (VIERA; MELLO, 2009).

A gravidez é um evento fisiológico da mulher, entretanto a gestação pode apresentar complicações e oferecer risco para a mãe e para o bebê. Entre os fatores de risco que podem acarretar um parto prematuro, observa-se a idade materna avançada ou reduzida, situação de saúde materna (diabetes, hipertensão ou obesidade) e condições socioeconômicas e culturais (MORAIS; MAUAD, 2000).

Os índices de bebês que nascem vivos antes de atingir 37 semanas de idade gestacional e com peso menor que 2.500 gramas, ainda são considerados elevados e atingem anualmente cerca de 20 milhões dos recém-nascidos em todo o mundo, sendo que um terço morre antes de completar 12 meses de vida. Assim como em outros países, no Brasil, esses recém-nascidos são comumente acometidos por problemas respiratórios, desequilíbrio da temperatura corporal, distúrbios metabólicos e também dificuldades nutricionais. (BRASIL, 2002).

Segundo o Ministério da Saúde (2011) a prematuridade favorece a elevação da taxa de mortalidade infantil, sendo o baixo peso ao nascer (menor que 2.500g) o elemento associado à prematuridade que mais acarreta óbito dos neonatos.

O prematuro, quando é encaminhado para a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), encontra-se em um ambiente diferente do ambiente intrauterino com, elevados estímulos sonoros, táteis e luminosos que proporcionam irritabilidade ao neonato. Esse desconforto proporciona um gasto energético que influencia no

desenvolvimento do Sistema Nervoso Central (SNC), como também na interação mãe e bebê. (BRASIL, 2011)

Com isso, o estímulo ambiental excessivo ao recém-nascido pré-termo no ambiente de Unidade de Terapia Intensiva, pode acarretar em problemas futuros relacionados à falta de atenção, hiperatividade, imaturidade social e dificuldades no processo de alfabetização, o que torna as influências ambientais um agente importante no processo de maturação do SNC do prematuro (MACDONALD; MULEET; SESHIA, 2007).

O princípio basilar que norteia os cuidados aos recém-nascidos pré-termo em UTIN está em promover a alimentação, controlar e regular a temperatura corporal além de prevenir infecções no ambiente de tratamento com o isolamento dos neonatos. Entretanto, essas fundamentações ampliam-se atualmente para uma moderna assistência com a promoção da relação afetiva entre bebê e mãe, atendimento de uma equipe multiprofissional e o acolhimento familiar, com a devida capacitação dos profissionais para favorecer a alta hospitalar (COSTA; MONTICELLI, 2005).

Preservando uma linha de cuidado perinatal, princípios são adotados para garantir a assistência ao recém-nascido pré-termo, tais como: qualidade; integralidade; resolubilidade; atendimento continuado, até o prematuro alcançar um equilíbrio clínico; promoção da confiança entre a equipe e pais; relação de corresponsabilização no tratamento e reconhecimento de situações de riscos; relação de parceria do hospital com outros setores sociais e acolhimento da mãe e bebê em todo o processo de recuperação (BRASIL, 2011).

Costa e Monticelli (2005) relatam que preocupações referentes aos avanços em assistência aos neonatos crescem com a proposta de um atendimento humanizado em conjunto com equipamentos tecnológicos. Sendo assim, o conjunto de atuações para o atendimento perinatal fez com que mudanças no modelo assistencial ocorressem para aperfeiçoar e capacitar os profissionais da saúde a prestarem um atendimento humanizado para o recém-nascido pré-termo e seus familiares, como a criação e adesão ao Método Canguru no contexto hospitalar.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Método Canguru

Com a perspectiva de favorecer a alta hospitalar mais precoce, o modelo de atendimento proposto aos recém-nascidos pré-termo ganhou um novo formato através do Método Canguru (MC) que teve seu início na Colômbia no final da década de 70. Este método foi criado inicialmente como uma estratégia de atendimento de baixo custo para crianças prematuras com baixo peso que precisavam de incubadoras, mas devido à escassez de recursos eram assistidos pelo novo método de intervenção, no qual as incubadoras eram substituídas pelo contato pele-a-pele e promover o contato tátil entre mãe e recém-nascido precocemente com o objetivo de fortalecer o vínculo afetivo, incentivar o aleitamento e estabilizar a temperatura corporal através da posição canguru (contato pele a pele). Esse atendimento foi estendido posteriormente para o ambiente familiar com um acompanhamento periódico e regular pela equipe de saúde. (BRASIL, 2002). Atualmente este método constitui-se em mais um aliado no tratamento e uma estratégia de humanização dos cuidados.

Segundo Oliveira (2004), citado por Freitas et al. (2006) o método canguru elaborado na Colômbia foi inspirado nos filhotes do animal canguru, que mesmo ao nascer, permanecem no interior de uma bolsa (remetendo ao útero materno) para completar a fase do desenvolvimento, sendo alimentado e acolhido.

O atendimento ao neonato anteriormente ao MC era centrado apenas nos fatores fisiológicos e o recém-nascido recebia alta hospitalar quando alcançava o peso ideal. Porém, a relação entre mãe e bebê era prejudicada, o aleitamento materno não era incentivado e o período de internação era prolongado (COSTA et al., 2009).

Com a prática do MC na Colômbia e a expansão do método através da UNICEF, outros países aderiram ao método como assistência aos neonatos, sendo mundialmente conhecido como Kangaroo Mother Care (KMC). Entretanto, no Brasil a assistência familiar não se limita aos cuidados da mãe, sendo o pai, por exemplo, estimulado a participar dos cuidados com o bebê (LAMY et al., 2005).

Segundo Lamy et al. (2005), a discussão mundial do MC é realizada através de encontros em um período de intervalo de dois anos, na qual o primeiro encontro

aconteceu em Trieste que se localiza na Itália, posteriormente na Colômbia, Indonésia, África do Sul, e no Brasil, no Estado do Rio de Janeiro no ano de 2004.

O método é aplicado de maneira diferenciada entre os países, onde os critérios para a assistência é diversificado devido ao desenvolvimento econômico, intervenção neonatal, cultura e localização geográfica. Em Israel, os neonatos permanecem em contato pele a pele com a mãe durante no mínimo uma hora diária, no qual o MC é salientado por promover vínculo afetivo. Na Índia, o tempo de permanência na posição canguru é de quatro horas por dia, visando favorecer principalmente o ganho de peso através do aleitamento materno. Na África, visa prevenir infecções e ganhar estabilidade clínica. Nos países como a Itália, Alemanha, Noruega, França, Reino Unido, Espanha, Dinamarca e Suécia, o MC é utilizado fundamentalmente para favorecer a segurança dos pais nos cuidados com o bebê e formação de vínculo afetivo (LAMY et al., 2005).

A primeira prática do Método Canguru no Brasil aconteceu em uma maternidade na cidade de Santos, no Estado de São Paulo, e posteriormente influenciou o Instituto Materno Infantil de Pernambuco (IMIP) a conhecer e praticar o MC no ano de 1994 (ANDRADE; GUEDES, 2005).

Com o início da aplicação do Método Canguru no estado de São Paulo e Pernambuco, o Ministério da Saúde normatizou a prática do MC para a adesão da intervenção em todo o território brasileiro. Sobre forte influência do método aplicado na Colômbia, o MC brasileiro é incentivado como uma prática de serviço que não tem como objetivo substituir a incubadora, mas oferecer um atendimento humanizado aos neonatos (ALMEIDA; FORTI, 2007).

No Brasil, as políticas públicas visam trabalhar com uma reformulação da humanização nos atendimentos aos prematuros, com o objetivo de diminuir as elevadas taxas de crianças nascidas precocemente e de estimular o acompanhamento dos pais e familiares além de respeitar a cultura e peculiaridade de cada caso assistido. (COSTA et al., 2009).

Segundo o Ministério da Saúde (2011), no final da década de 90, foi elaborado um documento que daria origem à prática do Programa MC por meio da norma de “Atenção Humanizada ao Recém-nascido de Baixo-Peso – Método Canguru” (AHRNBP-MC), lançado no ano de 2000 (Anexo- A). Nesse primeiro documento oficial defende-se a ideia de proporcionar uma atenção ao neonato, abrangendo as

concepções fisiológicas, aspectos afetivos e cuidados técnicos com nível de equilíbrio entre essas complexidades para o desenvolvimento saudável do bebê.

Entretanto, apenas em 2007 o Método Canguru (MC) foi estruturado politicamente e suas etapas descritas pela Portaria GM/MS número 1.683, de 12 de julho, que posteriormente foi revogada pela portaria número 2.048, de 3 de setembro de 2009 que defende o atendimento humanizado para contemplar os aspectos biopsicossociais, a redução do período de ausência do contato pele a pele com o bebê por meio da posição canguru e incentivo a capacitação dos profissionais por meio de cursos de preparação. (BRASIL, 2011).

Segundo o portal da saúde, a norma referida foi elaborada por um grupo de profissionais selecionados pela Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno, que convocou representantes da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP); da Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); da Universidade de Brasília; da Organização Pan- Americana (OPAS); da Universidade Federal do Rio de Janeiro; do UNICEF; do IMIP; da Secretaria do Estado de Saúde do Governo do Distrito Federal; Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES); na qual acarretou a publicação da norma e estabelecimento da remuneração para o programa no sistema de saúde.

O progresso do atendimento integral e humanizado aos recém-nascidos pré-termo tem sido mundialmente discutido, salientando que as intervenções devem ser realizadas por profissionais capacitados.

(...) é de reconhecimento pleno, tanto pela discussão oficial, quanto pelos estudiosos da área, que o MMC é uma tecnologia passível de propiciar assistência integral ao binômio mãe-filho em situação de prematuridade; todavia, a sua implantação requer o preparo adequado das pessoas envolvidas neste cuidado (recém-nascido, família e profissionais de saúde), bem como o (re) conhecimento de como este Método se configura na atualidade, em termos da produção de conhecimentos que vem sendo gerada e veiculada pelos meios indexados de divulgação na área da saúde (COSTA; MONTICELLI, 2005, p.428).

2.1.1 Acolhimento no processo de tratamento

Para a área da saúde, o acolhimento é defendido não apenas como um ato de solidariedade e sim como uma diretriz que defende a ética no atendimento prestado ao

usuário do serviço, sendo uma política construtiva para garantir o acesso como também a participação destes (BRASIL, 2006).

O Ministério da Saúde (2006, p.6) diz que “o acolhimento como ato ou efeito de acolher expressa, em suas várias definições, uma ação de aproximação, um “estar com” e um “estar perto de”, ou seja, uma atitude de inclusão”, explicitando a necessidade de incluir o indivíduo nas medidas de promoção da própria saúde.

Com isso, a relação de construção e participação dos profissionais, gestores e usuários é atribuída pelo acolhimento como forma de potencializar as ações de humanização e concretização do modelo de atenção defendido pelo SUS (BRASIL, 2006).

A Política Nacional de Humanização (PNH) destaca a importância da assistência centrada não puramente na técnica dos procedimentos, mas também, nos cuidados psicossociais de cada indivíduo. (COSTA; KLOCK; LOCHS, 2012).

Segundo o Ministério da Saúde (2011), o usuário como elemento ativo na participação do processo de recuperação clínica é essencial para efetivar o acolhimento, pois o profissional de saúde precisará respeitar a cultura e experiência de vida para atender cada pessoa assistida.

O acolhimento consiste em receber o usuário e responsabilizar-se por ele, ouvindo suas angústias e preocupações, além de sanar suas dúvidas com explicações claras (BRASIL, 2011). Portanto, o acolhimento não se limita em um espaço e nem a uma etapa do atendimento, mas sim em uma nova maneira de fazer saúde, como por exemplo, através da escuta qualificada.

O acolhimento é um modo de operar os processos de trabalho em saúde, de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e dar respostas mais adequadas aos usuários. Ou seja, requer prestar um atendimento com resolutividade e responsabilização, orientando, quando for o caso, o paciente e a família em relação a outros serviços de saúde, para a continuidade da assistência, e estabelecendo articulações com esses serviços, para garantir a eficácia desses encaminhamentos (BRASIL, 2006, p.21).

Para isso, o profissional necessita estar preparado para o processo de acolher o indivíduo, pois precisa atender às demandas levantadas com sensibilidade e proatividade (COSTA; KLOCK; LOCHS, 2012).

O acolhimento no atendimento aos neonatos e familiares é de extrema importância no processo de reconhecimento do ambiente hospitalar e dos pais com o prematuro, pois precisa lidar com o nascimento precoce do filho (BRASIL, 2011).

O recém-nascido pré-termo nasce com um histórico de relação familiar, e o contato com seus pais precisa permanecer e solidificar. A equipe de saúde precisa atentar-se para acolher e garantir um ambiente estável a fim de favorecer o desenvolvimento do bebê, com a promoção do contato afetivo entre o neonato, pais e familiares, como também, um bom relacionamento deste com os profissionais, sendo estimulada através de um cotidiano que envolve a história de vida, vontades e projetos (BRASIL, 2009).

2.1.2 Estabelecendo o vínculo mãe-bebê

O nascimento de um recém-nascido prematuro que é encaminhado para UTIN gera uma situação de sofrimento para todos os envolvidos devido à separação pela situação de risco do bebê. Esse acontecimento acarreta na mulher uma sensação de não ter se tornado mãe do seu bebê, sendo necessário ajudá-la a se empoderar do seu filho (RIOS, 2007).

Segundo Klaus e Kennel (1993), citado por Freitas e Camargo (2006), os cuidados com os recém-nascidos pré-termo através das incubadoras e conhecimentos neonatais possibilitaram cada vez mais a sobrevivência de prematuro com quadro clínico gravíssimo. Contudo, a rotina hospitalar contribui no distanciamento dos pais e familiares, prejudicando nos cuidados posteriores à hospitalização.

Esse distanciamento ocorre devido aos pais não terem a oportunidade de ver, sentir e cuidar do recém-nascido pré-termo nas primeiras horas de vida. Com isso, a equipe é essencial nesse momento, pois através do acolhimento e esclarecimento da situação clínica do bebê, os pais poderão acompanhar efetivamente todo o tratamento (BRASIL, 2011).

Diante disso, a norma prevê que os profissionais promovam a aproximação do neonato com a mãe para fortalecer o vínculo afetivo o mais precoce possível, possibilitando o fornecimento de alojamentos conjuntos e orientações nos cuidados contínuos (BRASIL, 2009).

2.1.3 Contato pele a pele

O contato e manipulação do prematuro são postergados devido à cautela nas intervenções. As relações afetivas paternas consolidadas constituem-se em um dos fatores determinantes para o desenvolvimento do bebê, o contato pele a pele possibilita que a segurança destes nos cuidados se fortaleça (BRASIL, 2002).

Segundo Venancio e Almeida (2004) há evidências que relatam vantagens no contato próximo da mãe com o bebê para o amadurecimento na interação com o mundo, em que a pele, maior órgão do corpo, em contato com o corpo do bebê pode transmitir estímulos sensoriais e hormonais (liberação de ocitocina) que atingem o humor de ambos envolvidos no contato.

O posicionamento adequado no MC, consiste em mantê-lo em contato pele a pele em posição vertical unido ao tórax da mãe/pai ou familiares em um período de tempo que seja agradável para ambos, é um dos princípios fundamentais que permeiam o Método Canguru (BRASIL, 2009). Logo, o contato pele a pele através do MC permite o controle térmico adequado, oferece estimulação tátil agradável, reduz a irritabilidade do bebê, reduz as chances de infecção hospitalar, contribuindo para o ganho de peso e incentiva o aleitamento materno (BRASIL, 2011).

2.2 Norma Técnica da Atenção Humanizada ao Recém- Nascido de Baixo Peso- MC.

Com o novo modelo de atuação na assistência perinatal devido o MC, a norma da atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo-Peso fez com que a expectativa de vida dos prematuros aumentasse, como também a esperança dos familiares na recuperação desses neonatos (BRASIL, 2009).

Segundo o Ministério da Saúde (2009), para favorecer o desenvolvimento da criança, a assistência biológica, familiar e ambiental precisa se complementar no processo de recuperação da criança. Portanto, o novo modelo de atuação que o MC agregou nas assistências perinatais contribuiu para a implantação de um novo modelo institucional humanizado.

A norma mencionada propõe uma intervenção aos neonatos, buscando alcançar um atendimento que beneficie as questões afetivas e comportamentais. No entanto, essas intervenções não se separam das questões biomédicas e sim se complementam, norteando-se em quatros fundamentos básicos: acolher o recém-nascido e seus familiares, respeitar a individualidade de cada bebê, estimular o contato tátil precoce e a participação da mãe nos cuidados com a criança (COSTA et al., 2009).

Segundo o Ministério da Saúde (2009), o MC é dividido em etapas, sendo a primeira iniciada com a intervenção ainda no pré-natal, identificando as mães que apresentam quadros de gestação de alto-risco, em que posteriormente o prematuro é encaminhado para a Unidade Neonatal ou Unidade de Cuidados Intermediários de acordo com a necessidade. Assim, visando a identificação das mães de risco pelo pré-natal, o programa Rede Cegonha auxilia realizando acompanhamento, mediante estratégia de cuidado com as mulheres durante a gravidez, na hora do parto e no período pupério, possibilitando à mãe e o bebê um acompanhamento durante todo o período de internação e desenvolvimento inicial do neonato, promovendo uma intervenção segura e interação de ações humanizadas, segundo o portal da saúde do Estado do Mato Grosso.

Nessa etapa do MC após o parto, com o RNPT internado, a assistência consiste em acompanhar/esclarecer os familiares e garantir o desenvolvimento da criança, tais como: acolher os pais e familiares dos neonatos, comunicar o estado de saúde do prematuro sempre que solicitado, apresentar à equipe e à rotina hospitalar, incentivar as visitas dos pais no ambiente de internação, proporcionar um ambiente com controle de estímulos (auditivos, visuais e táteis) para evitar o estresse do recém-nascido; proporcionar precocemente o contato tátil da mãe com o bebê, em que o contato pele a pele é iniciado com o toque, evoluindo para a posição canguru, sendo estimulada a posição quando o bebê é encaminhado para a etapa posterior (havendo condições clínicas e segurança materna e da equipe, a mesma poderá ocorrer ainda na 1ª etapa), respeitar as necessidades de cada prematuro, como também, garantir condições para os pais acompanharem o neonato durante o período de internação, através do auxílio transporte, refeições, assento adequado para permanecer ao lado do bebê, além de atividades que ajudem os pais na familiarização com o ambiente e com a criança. (BRASIL, 2009).

Na segunda etapa do método, de acordo com o Ministério da Saúde (2009), a posição canguru é realizada de forma sucessiva em um período que seja prazeroso para

ambos. Essa etapa auxilia na preparação para alta hospitalar, assim como para a terceira etapa do método.

Para que a criança perpassasse para a segunda etapa, ela precisa apresentar estabilidade clínica, peso mínimo de 1.250 gramas e nutrição enteral plena, ou seja, alimentar-se pelo seio materno, copo ou sonda gástrica. A mãe precisa apresentar segurança para manusear a criança à posição canguru, disponibilidade de tempo, interesse em participar dos cuidados com o bebê, reconhecimento de situações de riscos e estresse para o prematuro e consenso com os familiares e profissionais envolvidos no acompanhamento (BRASIL, 2009).

O Ministério da Saúde (2009, p.20) diz que a terceira etapa “caracteriza-se pelo acompanhamento da criança e da família no ambulatório e/ou domicílio até atingir o peso de 2.500 gramas, dando continuidade à abordagem biopsicossocial”. Confere aos ambulatórios realizar exames completos na criança, avaliar o desenvolvimento afetivo entre os familiares e a criança, intervir em situações de riscos e esclarecer sobre a saúde, os cuidados especializados e de imunização.

O *follow-up* é uma recomendação feita pela norma para um acompanhamento dos bebês prematuros que foram assistidos pelo Método Canguru e que, mesmo depois da alta do método, necessitam de uma assistência para estimular o desenvolvimento infantil. Os bebês que apresentarem algum tipo de sequelas como; asfixia perinatal grave, alterações neurológicas, convulsões, exames de neuroimagem alterado, meningite, síndromes, infecção congênita, serão indicados para o acompanhamento. Esse acompanhamento será feito por pelo menos até o bebê atingir 24 meses de idade (BRASIL, 2009).

Portanto, entre os assistidos pelo método canguru estão as gestantes de risco que podem ter o parto antes do tempo previsto, recém-nascido pré-termo, mãe/pai e familiares do prematuro assistido (BRASIL, 2009).

Mesmo o MC apresentando eficácia no tratamento de neonatos e ter grande apoio pelo o Ministério da Saúde (MS), a sua implantação no Sistema Único de Saúde (SUS) encontra dificuldades na adesão pelos profissionais e gestores. Isso pode implicar na eficácia do tratamento por não oferecer atendimento diferenciado dos convencionais ou por não compreender o funcionamento e benefícios que o método pode proporcionar (BRASIL, 2002).

Com a publicação da norma para a utilização do MC no contexto brasileiro (o segundo exemplar, revisado e atualizado), surgiu uma estratégia de implantação do método que englobou todo o território nacional através de um manual que detalhou toda a aplicação e pensamento assistencial do método, sendo criados posteriormente os Centros de Referência nacionais que capacitam as equipes para a implantação do método através de cursos com carga horária de 40 horas, sendo o IMIP em Pernambuco o pioneiro em cursos de capacitação (BRASIL, 2009).

Esses Centros de Referências, segundo o portal da saúde, foram criados em locais estratégicos em todo o país para melhor difundir o método em diferentes hospitais. Os primeiros centros foram: o IMIP em Pernambuco; Maternidade Escola Assis Chateaubriand e Hospital César Carlos no Ceará; Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão; cinco maternidades da Secretaria Municipal de Saúde da Cidade do Rio de Janeiro; e o Hospital Universitário de Santa Catarina. Posteriormente, foram criados mais dois centros, um no Distrito Federal, na cidade de Taguatinga e outro em São Paulo, em Itapeverica da Serra (HGIS).

As cinco regiões brasileiras tiveram (pelo menos um em município) equipes capacitadas para a prática do método (Anexo C), em que na região Centro- Oeste, o Estado do Mato Grosso destacou-se das demais em número de municípios com equipes capacitadas para a prática do método canguru, seguidas do Distrito Federal, Goiás e Mato Grosso do Sul no ano de 2009. Na região Norte do país, o Estado com maior quantidade de municípios com equipes capacitadas, destaca-se Rondônia, contrapondo com Amazonas e Roraima que tiveram somente um município com equipes capacitadas para a prática do MC, de acordo com o portal da saúde.

Ainda a mesma fonte, na região Nordeste o Estado com maior número de equipes com capacitação é o Ceará com dezesseis municípios, e na região Sudeste, destaca-se o Estado de São Paulo, em trinta municípios com equipes capacitadas. Na região Sul, o Estado do Rio Grande do Sul destaca-se com dezoito municípios, seguindo por Paraná com onze e Santa Catarina com nove municípios com equipes capacitadas.

Segundo o portal da saúde, na região Nordeste o Estado com maior número de equipes com capacitação é o Ceará com dezesseis municípios, e na região Sudeste, destaca-se o Estado de São Paulo com 30 municípios com equipes capacitadas. Na região Sul, o Estado do Rio Grande do Sul destaca-se com 18 municípios, seguido por Paraná com onze e Santa Catarina com nove municípios com equipes capacitadas.

Os hospitais que receberam cursos de capacitação de 40 horas para a assistência ao neonato através do MC no Distrito Federal foram: Brasília, Brazlândia, Ceilândia, Gama, Planaltina, Riacho Fundo, Sobradinho e Taguatinga. Portanto, os hospitais localizados em Brasília que receberam cursos de capacitação foram: o Hospital Regional da Asa Sul; Hospital das Forças Armadas; Hospital Regional da Asa Norte; Hospital Santa Helena; e o Hospital Universitário de Brasília.

As equipes do Hospital Regional do Gama, Hospital Regional de Planaltina, Hospital Regional de Anchieta localizado no Riacho Fundo, o Hospital Regional de Sobradinho e Hospital Regional de Taguatinga, receberam formação através do curso para a compreensão da prática de assistência do MC. Em Brazlândia e Ceilândia as equipes pertenciam aos seus respectivos hospitais regionais. A maternidade do Hospital Regional de Ceilândia é considerada a maior do Distrito Federal e comporta 49 leitos. São realizados por mês cerca de 490 partos com previsão de alta para mãe e o bebê num período de 48 horas. (CIPRIANO, 2013).

Apesar dos cursos de capacitação para os profissionais, a prática do MC nem sempre é executada todas as três etapas nos hospitais que recebem essas equipes, mesmo com apoio do MS, pois a rotina das unidades de saúde e a falta de apoio da gestão ocasiona empecilho para as mudanças necessárias para a implantação do método (BRASIL 2011). Com isso, o modelo institucional para a assistência ao neonato e sua família pode não ser realizada como orienta a normatização para a prática do MC.

3. OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL

Caracterizar o modelo adotado pelo Hospital Regional de Ceilândia na assistência aos neonatos com a prática do programa da Atenção Humanizada ao Recém-Nascido Baixo-Peso Método Canguru.

OBJETIVO ESPECÍFICO

Comparar a norma da Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo-Peso-Método Canguru ao modelo institucional prestado pelo HRC.

Verificar os critérios percebidos pelas mães/famíliares assistidas pelo método na primeira, segunda e terceira- *follow-up*- etapa na aplicação da norma.

Caracterizar os critérios adotados pela equipe para o acompanhamento, encaminhamento para as etapas do MC e alta hospitalar do recém-nascido assistido.

4. MATERIAIS E MÉTODOS

O presente trabalho aborda uma análise descritiva de abordagem quantitativa dos questionários estruturados criados para verificar os critérios percebidos das mães/famíliares assistidas na instituição HRC através do programa Método Canguru (Apêndice-I), denominado questionário I e os critérios de acompanhamento, encaminhamento e alta adotada pela equipe do Hospital Regional de Ceilândia, como também a percepção ambiental, como quantidade de leito por enfermaria canguru, exposição a estímulos ambientais adversos e composição do banheiro da enfermaria canguru, denominado questionário II (Apêndice-II).

A RA Ceilândia é considerada a maior do Distrito Federal, uma vez que doze anos depois de sua construção já contava com aproximadamente 350 mil habitantes, e atualmente, segundo dados levantados por cálculos não oficiais, aponta cerca de 600 mil habitantes (FLEISCHER, 2012).

Segundo Fleischer (2012) a região administrativa de Ceilândia surgiu como um centro de erradicação de invasões dos trabalhadores que ajudaram a construir Brasília, estando localizada a uma distância de 35 quilômetros do plano piloto (como é comumente conhecida a região central de Brasília). Atualmente a população de Ceilândia é de aproximadamente 398.374 habitantes do setor urbano e rural. (BRASÍLIA, 2011).

O único hospital público da RA é o Hospital Regional de Ceilândia (HRC) que possui uma estrutura ligada a doze centros de Saúde, três equipes de saúde da família e um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) (MARTINS, 2012).

Martins (2012) relata que o HRC é composto por duzentos e cinquenta e cinco leitos, em que cento e oitenta e cinco da enfermaria e setenta do Pronto Socorro e um

ambulatório com 18 especialidades, sendo realizados por ano cerca de 3.000 cirurgias, 6.000 partos e 12.000 internações.

4.1. Local do Estudo

O Hospital Regional de Ceilândia foi o local selecionado para a realização do estudo. O hospital está localizado na área especial 01 setor sul da cidade e conta com especialidades ambulatoriais em cardiologia, cirurgia geral, neurologia, oftalmologia, ortopedia, pediatria, terapia ocupacional.

Segundo a Regional de Saúde de Ceilândia, a emergência do hospital divide-se nos cuidados em clínica médica, ginecologia e obstetrícia, pediatria e ortopedia. As clínicas de internação consistem no berçário (unidade de neonatologia), maternidade, pediatria, centro cirúrgico e obstétrico, ortopedia, UTI e pronto socorro de ginecologia e obstetrícia.

A unidade neonatal é composta por oito leitos de UTIN, vinte de UCIN e seis de enfermaria canguru. Sua equipe profissional é composta por médico pediatra, neonatologista e intensivista; enfermeiros; técnicos de enfermagem; fonoaudiólogos; fisioterapeutas; terapeutas ocupacionais; nutricionistas; psicólogos e assistentes sociais.

O estudo foi realizado no setor ambulatorial pediátrico e no setor de neonatologia - UTIN/UCIN - do HRC.

4.2 Etapas do Estudo

Na primeira etapa foi realizado um levantamento das mães que foram assistidas pelo Método Canguru no ano de 2012 a partir do dia 01 de janeiro a 31 de dezembro do referente ano e dos bebês que estavam em acompanhamento no *follow-up*.

No segundo momento da pesquisa, as mães foram convidadas, no mês de junho no turno matutino, a participarem do estudo e logo após a explicação do questionário I e do Termo de Consentimento Livre com esclarecimento da finalidade do trabalho, elas foram orientadas sobre as perguntas e opções de resposta.

Posteriormente, ainda no mês de junho nos turnos matutino e vespertino, na terceira etapa do estudo, realizou-se a identificação dos profissionais que assistem os neonatos e seus familiares no MC, sendo convidados, em seguida, a responderem o questionário II e assinarem o termo de consentimento livre e esclarecido.

Finalizando assim, as etapas do estudo através da análise dos dados coletados através dos questionários I e II.

4.3 Amostra

A amostra do estudo foi realizada de forma não-probabilística e do tipo intencional, em que os dados coletados foram analisados e comparados com base na norma da Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo- Peso Método Canguru na medida de frequência em que uma determinada situação/resposta fosse evidenciada.

Com isso, a amostra abrangeu 10 mães que participaram do MC e 10 profissionais de saúde que compõe o quadro de assistência perinatal no local mencionado.

O critério de inclusão da amostra consistiu em:

- Famílias cujas crianças prematuras que nasceram no Hospital Regional de Ceilândia.
- Profissionais do quadro efetivo do HRC.
- Participar do acompanhamento do desenvolvimento através do *follow-up*.

O critério de exclusão da amostra consiste em:

- Profissionais apenas plantonistas no setor, sem o conhecimento das rotinas da unidade.

4.4 Método de Coleta dos dados

As mães foram recrutadas através da fila de espera no setor do ambulatório pediátrico, em que aguardavam atendimento de um projeto de extensão realizado pela Universidade de Brasília. Os recém-nascidos pré-termo, com baixo peso ao nascer, são encaminhados ao projeto para o acompanhamento do desenvolvimento no ambulatório de terapia ocupacional e de prematuros.

Os dados relacionados à assistência prestada pelo hospital e profissionais de saúde no acompanhamento dos neonatos pelo MC foram levantados pelos questionários estruturados elaborados com base na norma da Atenção Humanizada ao Recém-Nascido Baixo-Peso Método Canguru. O questionário I respondido pelas mães é dividido em três etapas, referente às etapas do MC e o questionário II é direcionado para os profissionais da saúde, em que as questões são distribuídas de forma geral, sem etapas definidas.

Os profissionais de saúde foram localizados no setor da neonatologia UTIN/UCIN enquanto estavam em horário de expediente e foram convidados a responderem os questionários durante o horário de descanso.

4.4.1 Questionário I- Etapas do MC

A primeira etapa do questionário aborda questões assistenciais referentes à primeira fase do programa de atenção humanizada ao recém-nascido baixo peso, em que as mães/famílias respondem as opções que acreditam se assemelharem ao atendimento que tiveram durante a gravidez e internação hospitalar do bebê na UTIN/UCIN.

Assim, a primeira etapa do questionário é composta por 17 questões com múltipla escolha. As questões foram elaboradas em uma linguagem de fácil compreensão, porém as dúvidas foram esclarecidas nas questões que constatou-se dificuldades.

A segunda etapa do questionário refere-se à segunda fase assistencial do MC, sendo composto por 10 questões com opções distintas para as respostas referentes aos critérios percebidos pelas mães enquanto estavam na enfermaria canguru.

Com isso, as questões dos cuidados pertinentes da primeira etapa perpassaram para a etapa posterior, sendo importante constatar se houve diferenciação na assistência na segunda etapa do método.

A terceira etapa do questionário ressalta as medidas assistências relacionada à terceira fase do método e contém 6 questões com opções de escolha para a resposta.

Portanto, as questões abordam o acompanhamento após a alta hospitalar e a existência do *follow-up*, período de acompanhamento para o desenvolvimento neuropsicomotor de no mínimo 24 meses de vida para crianças que apresentaram risco iminente de comprometimento no desenvolvimento neuropsicomotor durante a assistência no MC.

4.4.2 Questionário II- Percepção dos Profissionais da Equipe MC

O Questionário II Percepção dos Profissionais da equipe MC é direcionada aos profissionais que prestam assistência aos neonatos em todas ou em algum momento das etapas do cuidado.

O questionário é composto por 13 questões relacionadas aos critérios de acompanhamento do recém-nascido no método, encaminhamento para as outras etapas e ambiente hospitalar.

4.5 Análise de dados

Os dados foram armazenados no programa Excel, versão 2010. Os dados foram analisados através da distribuição de frequência que quantifica a ocorrência de um determinado evento.

4.6 Questões éticas

Para efetuar a pesquisa no local de estudo, foi necessária a assinatura da diretora responsável pelo hospital e a assinatura da responsável pela chefia na unidade de neonatologia, através do Termo de Concordância (Anexo- E).

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo- F) baseado na resolução 466 de 2012, fez-se necessário para a participação das mães/familiares e dos profissionais a fim de garantir os direitos por estarem envolvidas na pesquisa, na qual foi elaborado com uma linguagem acessível com os objetivos e a liberdade de se recusar a participar ou de retirar o seu consentimento a qualquer momento da pesquisa, sendo assinado por todos os participantes.

O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa com Seres humanos da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde e tem como registro o número 313.347.

5. RESULTADOS

Os questionários foram aplicados em 20 pessoas, sendo 10 profissionais de saúde envolvidos nos cuidados com o neonato no período de internação lotados na UTIN/UCIN do Hospital e 10 mães que foram acompanhadas pelo Método Canguru e estavam em assistência no follow-up para o desenvolvimento do bebê.

5.1 Primeira Etapa Método Canguru

Os resultados demonstram que durante a assistência prestada às mães que responderam aos questionários, estas não foram convidadas a conhecerem o ambiente hospitalar referente à UTIN e Enfermaria Canguru antes do parto, conforme mostra a tabela 1.

Ainda na tabela 1 pode-se observar que o acesso na UTIN sem restrições de horário para a mãe foi garantido na maioria dos casos constatados, diferentemente do acesso dos pais/avós que é restrito ao horário estabelecido pelo hospital. (tabela 1)

O contato tátil precoce com o recém-nascido pré-termo foi estimulado na maioria dos casos verificados. (tabela 1)

Tabela 1- Primeira etapa do Método Canguru, Ceilândia 2012.

Variáveis da primeira etapa	número de casos	frequência
Assistência Prestada	(n°)	%
Mãe não convidada a conhecer o ambiente hospitalar	10	100
Dúvidas esclarecidas/caso clínico	9	90
Orientação do funcionamento/rotina UTIN	8	80
Acesso na UTIN/UCIN	(n°)	%
Sem restrições para a mãe	8	80
Horário estabelecido pelo hospital para a pai	10	100
Horário estabelecido pelo hospital para os avós	10	100
Contato precoce	(n°)	%
Estimulado à praticar	9	90

Através do questionário verificou-se que na maioria dos casos relatados a primeira visita da mãe ao neonato foi assistida por um profissional da equipe, assim como na orientação do pai sobre o quadro clínico do bebê. (tabela 2). Com relação à orientação e suporte necessário para amamentação do neonato, todas as mães relataram que foi prestada de forma satisfatória.

Observou-se também na tabela 2 que a atuação dos pais e familiares como moduladores para o processo de recuperação do bem-estar do bebê em procedimentos dolorosos foi garantida na metade dos casos verificados.

Tabela 2- Assistência e Participação dos pais/familiares na primeira etapa do Método Canguru, Ceilândia 2012.

Variáveis da assistência dos pais/familiares	número de casos	frequência
Primeira Visita	(n°)	%
Assistida por um profissional	9	90
Participação/Orientação do pai sobre a saúde do bebê	(n°)	%
Orientado/estimulado a participar	9	90
Não estimulado/orientado a participar	1	10
Moduladores para procedimentos dolorosos	(n°)	%
Atuação dos pais e familiares	5	50

Atuação somente da mãe	2	20
Atuação da mãe/pai	3	30

Na permanência da mãe com suporte assistencial, como assento e alimentação nos primeiros cinco dias de vida do recém-nascido pré-termo, 10% das mães que responderam os questionários demonstrou ser garantida a permanência na Unidade Neonatal, mas sem o suporte necessário, contrapondo com 90% dos casos em que mães permaneceram com o suporte necessário.

Com relação aos auxílios para a permanência na UTIN/UCIN foi verificado que apenas uma mãe recebeu auxílio transporte. Quanto ao assento para permanecer ao lado do RNPT metade das mães responderam que o recebeu. (Tabela 3)

Tabela 3- Auxílio para a permanência na UTIN/UCIN, Ceilândia 2012.

Auxílio para a permanência na UTIN/UCIN	número de casos (n°)	frequência %
Transporte	1	10
Assento para permanecer ao lado do RNPT	5	50
Leito para descanso	6	60
Refeições durante a permanência na unidade	7	70

Com relação aos estímulos ambientais, a preocupação em manter todos os níveis de estímulos ambientais adversos controlados dentro UTIN/UCIN é relatado em maior frequência quando comparado ao controle parcial de estímulos e a ausência da preocupação da equipe em controlar os estímulos. (Tabela 4)

Tabela 4- Percepção da equipe em manter os níveis de estímulos ambientais controlados na UTIN/UCIN, Ceilândia 2012.

Níveis de estímulos ambientais (odores, luzes e ruídos)	Número de casos (n)	Frequência (%)
Todos os estímulos	5	50
Controle parcial	4	40
Não houve	1	10

Na questão do respeito no cuidado/assistência com o bebê nas necessidades individuais (hora do banho, sono) 80% das mães assinalaram que era respeitado o tempo do bebê e 20% constataram que os procedimentos eram realizados de forma conjunta, não respeitando os momentos do sono para a realização de procedimentos.

As medidas de proteção do estresse e da dor do bebê foram garantidas quase sempre em 40% dos casos e em 60% dos casos as medidas de proteção - como por exemplo, a permanência da mãe para o consolo do neonato em procedimentos dolorosos - sempre foram tomadas pela a equipe. O cuidado com o posicionamento do bebê em todos os períodos do dia foi observado por 60% das mães assistidas, 30% das mães demonstraram que a equipe teve preocupação com o posicionamento em apenas um período do dia e 10% relataram que não houve preocupação da equipe com o posicionamento do bebê que permaneceu longos períodos em uma única posição.

5.2 Segunda Etapa Método Canguru

Na enfermaria canguru, a mãe foi estimulada pela equipe a permanecer durante todo o dia, sempre após o aleitamento, na posição canguru na maioria dos casos relatados. Com isso, o manejo da criança para a posição canguru com segurança e sem auxílio dos profissionais de saúde foi realizado pela grande maioria das mães que responderam os questionários. (Tabela 5)

O afastamento temporário da mãe na enfermaria canguru por motivos pessoais foi permitido em sete dos dez avaliados. As orientações da posição canguru foram passadas para as mães até o momento em que a equipe considerou necessário em metade dos casos apresentados, contrapondo com o momento em que as mães foram orientadas até se sentirem seguras para manusear o bebê. (Tabela 5)

Tabela 5- Assistência na segunda etapa do Método Canguru, Ceilândia 2012.

Permanência na posição canguru	número de casos (n°)	frequência %
Durante todo o dia após as mamadas	9	90
Período da tarde após as mamadas	1	10
Manejo para a posição canguru	número de casos (n°)	frequência %
Com segurança e sem auxílio	8	80

Somente com auxílio da equipe	2	20
Afastamento temporário/enfermaria canguru	número de casos (n°)	frequência %
Permitido	7	70
Negado	3	30
Orientação para a posição canguru	número de casos (n°)	frequência %
Até quando a equipe acho necessário	5	50
Ate a mãe se sentir segura	5	50

O suporte e orientação para a amamentação foi oferecida para todas as mães de forma satisfatória durante a permanência na enfermaria canguru. Apoio emocional para as mães além da equipe de profissionais de saúde, como familiares e amigos, foi constatado por 90% das mães.

O pai do bebê foi estimulado a participar das atividades de orientação do caso clínico durante a permanência da mãe na enfermaria canguru em 90% dos casos apresentados. Com isso, o suporte para o desenvolvimento psicoafetivo entre a criança e a família foi proporcionado em todo o momento da internação, na maioria dos casos constatados, sendo constatadas também, situações de desenvolvimento psicoafetivo entre a criança e a família somente quando solicitado. (Tabela 6)

Tabela 6- Suporte da equipe para o desenvolvimento das condições psicoafetivas entre criança e família, Ceilândia 2012.

Desenvolvimento psicoafetivo	Número de casos (n)	Frequência (%)
Sempre	7	70
quando solicitado	3	30
Nunca	0	0

5.3 Terceira Etapa Método Canguru

O retorno do bebê ao pediatra que acompanhou durante o período de internação foi garantido com frequência em seis casos de dez mães avaliadas, sendo que as consultas de retorno na unidade de atendimento foram marcadas na primeira semana em oito casos das dez mães avaliadas. (Tabela 7)

Em situações de risco (ganho de peso inadequado, sinais de refluxo gastroesofágico, infecção, apnéias) a equipe atuou com rapidez na maioria dos casos.

Tabela 7- Assistência na terceira etapa do Método Canguru, Ceilândia 2012.

Retorno do bebê ao pediatra que acompanhou o caso	número de casos (n°)	frequência %
Garantido com frequência	6	60
Somente no primeiro dia	2	20
Não tiveram o retorno com o pediatra	2	20
Consultas de retorno na unidade	(n°)	%
Primeira semana	8	80
Não ocorreu marcação de consulta	2	20
Atuação da equipe em situação de riscos	(n°)	%
Com rapidez	7	70
Com muita demora	2	20
Não responderam a este item	1	10

A orientação realizada pela equipe de saúde sobre o esquema adequado de imunização foi considerada adequada pela a maioria das mães que responderam ao questionário, representando 60% dos questionários respondidos.

Todas as mães que responderam ao questionário foram incentivadas e apoiadas a manter o aleitamento materno no ambiente domiciliar. Em 90% dos casos, as mães afirmaram que foi observado cuidado da equipe em avaliar e acompanhar o desenvolvimento do bebê pelos profissionais que acompanharam todo o período de permanência na unidade hospitalar.

5.4 Critérios dos profissionais da equipe MC

Um dos critérios de encaminhamento da primeira etapa para a segunda etapa, o mais assinalado pelas mães foi o de peso mínimo 1.250 gramas, uma vez que das dez mães avaliadas, cinco responderam afirmativamente a este item (Tabela 8). Ainda na mesma tabela, como critério adotado para encaminhar o recém-nascido da segunda etapa do MC para a terceira etapa, os profissionais também assinalaram mais de uma opção, no item em que o ganho de peso ponderal maior que 15 gramas/dia e peso total de 1.800 gramas apareceram de forma igual, isto é, dos dez profissionais avaliados cinco responderam a cada item.

Para o critério adotado para o fim da assistência do recém-nascido pré-termo no MC, estabilidade clínica e pais seguros foram os critérios assinalados por todos os profissionais que responderam os questionários, sendo o critério auxiliar para a análise o peso de 2.500 gramas. (Tabela 8)

Tabela 8- Critério de encaminhamento para as etapas do Método Canguru, Ceilândia 2012.

Encaminhamento da 1° para a 2° etapa do MC	número de casos (n°)	frequência %
Peso mínimo de 1.250 gramas	5	50
Alimentar-se pelo seio materno e complemento	5	50
Não está fazendo uso de antibióticos	3	30
Disponibilidade dos pais	4	40
Encaminhamento da 2° para a 3° etapa do MC	(n°)	%
Ganho de peso ponderal > 15 gramas	5	50
Alimentação estável (S.M.E)	3	30
Mãe segura e rede social consolidada	3	30
Peso de 1.800 gramas	5	50
Encaminhamento da 3° etapa para o encerramento no MC	(n°)	%
Após completar peso > 2.500 gramas	3	30
Estabilidade clínica e pais seguros	10	100

Para a organização da enfermaria canguru a quantidade de leitos assinalada pela maior parte dos profissionais foi a de que a enfermaria comporta de 6 a 8 leitos conforme descrito na tabela 9.

Tabela 9- Enfermaria Canguru, Ceilândia 2012.

Organização da enfermaria canguru	número de casos (n°)	frequência %
2 a 4 leitos	3	30
5 a 6 leitos	3	30
7 a 8 leitos	4	40
Itens do banheiro da enfermaria canguru	(n°)	%
Dispositivo sanitário, chuveiro e lavatório	10	100
Recipiente com tampa para roupas usadas	4	40
Armário para pertences pessoais	5	50

No acompanhamento do ganho de peso do bebê, a metade dos profissionais respondeu que esse procedimento é feito de forma diária e o restante respondeu que o acompanhamento do ganho de peso é feito a critério médico. Todos os profissionais responderam que existe uma preocupação e acompanhamento do desenvolvimento do bebê no *follow-up*. (Tabela 10)

Quanto à existência de profissionais em reabilitação na equipe, os profissionais responderam em maior quantidade que o acompanhamento do desenvolvimento do bebê é feito por fonoaudióloga, fisioterapeuta e terapeuta ocupacional, assim como também por apenas terapeuta ocupacional como demonstra a tabela 10.

Tabela 10- Assistência no acompanhamento do desenvolvimento do bebê do Método Canguru, Ceilândia 2012.

Acompanhamento do ganho de peso	número de casos (n°)	frequência %
Diário	4	40
Critério do médico	4	40
Diário/critério do médico	2	20
Preocupação da equipe em acompanhar o desenvolvimento	(n°)	%
Sim	10	100
Profissionais de reabilitação no follow-up	(n°)	%
Fonoaudiólogo, Fisioterapeuta e Terapeuta Ocupacional	4	40
Fonoaudiólogo e Terapeuta Ocupacional	2	20
Terapeuta Ocupacional	4	40

Sobre a disponibilidade de uma enfermeira/técnica 24 horas exclusiva na enfermaria canguru, 30% dos profissionais responderam que esse profissional está disponível 24 horas na enfermaria e 70% dos questionários respondidos demonstram que a enfermaria não disponibiliza esse profissional por 24 horas.

Com relação à avaliação do método, a grande maioria dos profissionais constatou que existe uma avaliação periódica da assistência prestada no MC, seguido da não existência da avaliação periódica e item deixado em branco. (Tabela 11)

Tabela 11- Avaliação do método de forma periódica a cada 1 (um) ano, Ceilândia 2012.

Avaliação	número de casos (n)	frequência (%)
Sim	5	50
Não	3	30
Não responderam	2	20

A realização de cursos para capacitação dos profissionais para atenção humanizada através do MC foi assinalada por todos os profissionais como uma pratica existente. Com a relação à localização da enfermaria canguru, todos assinalaram que esta se localiza-se fora da unidade de neonatologia.

Em relação à disponibilidade de um carro com equipamento adequado para reanimação cardiorrespiratória na enfermaria canguru, 60% dos questionários respondidos constatou-se que a equipe não possui esse equipamento para a assistência ao recém-nascido pré-termo e 40% responderam que existe esse recurso à disposição da equipe, pois esse equipamento existe apenas na Unidade Neonatal.

6. DISCUSSÃO

Os resultados do presente trabalho apontam que as mães assistidas pelo método canguru no Hospital Regional de Ceilândia durante o ano de 2012 tiveram uma boa assistência quando comparado com outros estudos publicados. Os resultados demonstraram que na primeira etapa do MC as mães não foram acolhidas e apresentadas à unidade hospitalar durante a gestação, fator que pode estar associado à não detecção de fatores de risco para o parto prematuro durante o acompanhamento do pré-natal, como por exemplo, uma infecção urinária, ou estar associado a ausência do pré-natal durante a gestação, entretanto o questionário não abrangeu tais questões. Com isso, o acolhimento das mães ocorreu somente após o nascimento do recém-nascido pré-termo, iniciando os cuidados na unidade neonatal. Para a maioria das mães, as condições clínicas do prematuro foram esclarecidas pela equipe, como também as orientações sobre a rotina e funcionamento da Unidade Neonatal. Diferente do observado em outro estudo, feito por Colameo e Rea (2006), nos hospitais de São Paulo, no qual observou-se que um dos itens mais difíceis de serem executados na primeira etapa, consiste na disponibilidade da equipe de saúde em esclarecer as dúvidas do estado clínico do bebê.

O acesso livre sem restrições de horários para as mães na Unidade de Neonatologia visando acompanhar o neonato internado é estimulado precocemente pelos profissionais de saúde, porém o acesso dos pais e avós é restrito ao horário de visita estabelecido pelo hospital, contrariando as recomendações da norma que defende o livre acesso para a mãe e o pai do bebê, porém pressupõe-se que foi uma estratégia da equipe para a dinâmica de movimentação de pessoas dentro do ambiente neonatal. Todavia, a assistência no HRC é satisfatória quando comparado ao estudo realizado por Colameo e Rea (2006) que analisou vinte e dois hospitais em São Paulo, e constatou acesso permitido para visita ao prematuro em apenas um terço dos casos constatados, sendo que nos outros casos foram constatados critérios rígidos e restritivos. De acordo com o Ministério da Saúde (2009), trabalhos na área da neurociência relatam que uma ligação afetiva consolidada entre os pais e bebê parece contribuir para a criação da função biológica protetora, o que ajuda o bebê a se sentir protegido dos efeitos adversos em que é submetido no ambiente dos cuidados intensivos neonatais, diminuindo assim,

o nível de cortisol gerado pelo estresse que afeta o cérebro, o sistema metabólico e o sistema imune.

O contato tátil precoce dos pais com o neonato é estimulado sempre que possível pela equipe de saúde. Trabalho realizado por Costa et al.(2009) demonstra que o contato pele a pele em posição canguru acalma o RNPT e interfere positivamente em seu sono, colaborando para o desenvolvimento do prematuro e influenciando na redução do prolongamento do tempo de choro e período de sono profundo.

A primeira visita dos pais ao recém-nascido pré-termo é realizada com o acompanhamento de um profissional de saúde na maioria dos casos, já que mais de 90% das mães demonstraram que essa prática acontece no Hospital Regional de Ceilândia, estando de acordo com o recomendado pela norma, assim como na participação do pai em atividades sobre orientação do estado de saúde do bebê através dos profissionais de saúde que acompanham os cuidados do neonato durante todo o período de internação na UTIN/UCIN. Segundo Cordeiro e Zagonel (2006) o primeiro contato entre mãe e bebê torna-se para ambos um momento único, devendo ser estimulado com respeito e atenção às queixas individuais, pois para a mãe o profissional de saúde representa uma ponte de ligação entre os cuidados assistenciais e o prematuro.

Nota-se através dos resultados, que a atuação dos pais e familiares como moduladores do bem-estar do bebê é incentivada pelos profissionais. O suporte e orientação sobre a amamentação são fornecidos de forma satisfatória e atingem todas as mães dos neonatos internados na Unidade Neonatal, fator importante que contribui para a evolução das condições de saúde do bebê, uma vez que a amamentação contribui na proteção contra infecções gastrintestinais, urinária, respiratórias, alérgicas e auxilia na adaptação a outros alimentos. (LEVY; BÉRTOLO, 2002).

A assistência e cuidado ao recém-nascido respeitam, em sua maioria, as necessidades individuais de cada bebê, como a hora do sono e hora do banho. A preocupação em controlar os estímulos ambientais adversos na Unidade Neonatal, como constatado na tabela 4, é observada entre os profissionais de saúde, pois na maioria dos casos nota-se que houve a preocupação da equipe em controlar, pelo menos parcialmente os estímulos, como odores, luzes e ruídos. Segundo o Ministério da Saúde (2009) para controlar o estresse do RNPT na Unidade de Neonatologia os estímulos adversos devem ser minimizados e a individualização do cuidado contribui para

organizar e estabilizar o prematuro, evitando a hiperestimulação e a reação negativa a contatos posteriores.

As medidas de proteção do estresse e da dor dos recém-nascidos são realizadas pelos profissionais, assim como no cuidado com o posicionamento do bebê. Com isso, o prematuro bem posicionado e organizado consegue atingir um estado de sono profundo por mais tempo e se desenvolve mais rápido, pois o conforto da posição assemelha-se ao útero materno. Barradas et al (2006) relata em seu estudo que os RNPT não apresentam maturidade neurológica suficiente para manter o padrão de flexão fisiológica dos membros superiores e inferiores que permaneceriam dentro do útero materno devido a hipotonia muscular, o que influencia o prematuro a adotar uma postura anormal e bloquear sinais sequenciais, acarretando no atraso do desenvolvimento motor do bebê, o que torna fundamental a intervenção dos profissionais de saúde em promover o posicionamento adequado dos neonatos.

Os auxílios para a permanência da mãe durante a primeira etapa, como refeições, assento para a permanência ao lado do bebê, leito para descanso e auxílio transporte, são garantidos durante todo o momento em que o bebê encontra-se na UTIN/UCIN, facilitando o reconhecimento e construção do processo afetivo entre mãe e bebê. No estudo realizado por Colameo e Rea (2006), o fornecimento do auxílio transporte para viabilizar o deslocamento dos pais para a visita ao neonato é um dos itens mais difíceis de cumprir, assim como o fornecimento de refeição no período em que a mãe esteve acompanhando o prematuro na UTIN/UCIN.

Observa-se que na prática da segunda etapa do método, momento em que a mãe e o bebê encontram-se juntos na enfermaria canguru, a posição indicada pelo método é realizada durante todo o dia após o aleitamento materno com o suporte e orientação para a prática da amamentação. De acordo com a norma, a segunda etapa não possui um tempo estipulado para permanência na posição sugerida pelo método, sendo recomendada a permanência na posição em um período que seja satisfatório para mãe e o bebê (BRASIL, 2011).

As mães que foram assistidas pelo método apresentaram rede de apoio emocional além dos profissionais de saúde, como os amigos e familiares. Observa-se com os resultados que a orientação do estado de saúde do bebê e o estímulo para a participação do pai no processo de recuperação do prematuro estendem-se para o momento em que a mãe e bebê permanecem na enfermaria canguru. Com isso, esse

momento difícil enfrentado pela mãe e bebê é superado com mais tranquilidade e confiança.

As mães apresentaram habilidades e conhecimento para manejar a criança para a posição canguru sem auxílio dos profissionais, sendo que em metade dos casos constatados as orientações para a posição canguru foram passadas até o momento em que a mãe se sentiu segura, o que contribui para a confiança da mãe para os cuidados como o bebê. Charpak (2001) e Anderson et al. (2004) relatam que estudos demonstraram que o contato pele a pele entre a mãe e o recém-nascido pré-termo auxilia no desenvolvimento de senso de controle e autoconhecimento do bebê, proporcionando maior confiança e afeto entre os envolvidos no contato, sendo um fator fundamental para a amamentação duradoura e cuidados adequados com o neonato. Essa relação de segurança com o bebê contribui para o desenvolvimento psicoafetivo entre a criança e familiares constatadas na tabela 5, tendo em vista que a equipe de saúde oferece suporte para o desenvolvimento de vínculo entre o prematuro e seus familiares.

Observa-se na tabela 6 que todas as mães receberam auxílio para permanecer na enfermaria canguru com o bebê. Segundo o Ministério da Saúde (2011) a aproximação cotidiana dos pais com o bebê gera uma situação propícia para formação e criação de laços afetivos, além de revelar um crescimento no pensamento e conduta assistências ao neonato e sua família, em que não se utiliza apenas procedimentos medicamentosos. A preocupação dos profissionais em contrair os estímulos adversos (ruídos/luz forte) na enfermaria canguru também foi constatado pelas mães.

Para a terceira etapa do método, o estudo demonstra que o retorno ao pediatra e com o contato com outros profissionais que acompanhou o prematuro e a família durante toda a internação do prematuro ocorre de forma predominante, o que facilita acompanhar a evolução do estado de saúde do bebê. Com isso, as mães demonstraram que a marcação para as consultas de retorno durante a primeira semana de alta hospitalar é garantida pela unidade em que foram assistidas pelo MC, embora demorada em alguns casos. Entretanto, o desenvolvimento de atividades práticas no serviço demonstrou que no ano de 2012 existiam somente dois pediatras para atendimento ambulatorial, sendo que cada um realizava um turno da semana, o que acarretava no atraso de um mês para o retorno do bebê nas consultas, sendo esta realizada nos Centros de Saúde por médicos do serviço local. Borck e Santos (2010), destacam em seu estudo que o primeiro retorno do bebê que é assistido no HU/UFSC ocorre nas primeiras 72 a

120 horas de alta hospitalar e com frequência nas consultas de duas vezes por semana até o prematuro alcançar o peso de 2.000 gramas. Já o estudo do Colameo e Rea (2006) afirma que as dificuldades encontram-se no não cumprimento do primeiro retorno do prematuro na unidade hospitalar nas primeiras 48 horas posteriores da alta, como também dificuldade em localizar a mãe em hipóteses de ausência desta nas consultas ambulatoriais do bebê.

Para a atuação da equipe em situações de risco, como ganho de peso inadequado e infecções, os resultados do estudo demonstram que a equipe atua, em sua maioria, de forma rápida e eficiente, evitando piora do estado de saúde do bebê e uma possível reinternação. Demonstrando também, uma orientação adequada para a mãe sobre o esquema de imunização do bebê.

Nota-se que o incentivo e apoio ao aleitamento materno no ambiente familiar são estimulados pela equipe de saúde mesmo depois da alta hospitalar. Assim como, observa-se que existe uma preocupação da equipe em acompanhar o desenvolvimento do bebê.

Como critério para encaminhamento do recém-nascido pré-termo da primeira etapa para a segunda, observa-se o peso mínimo de 1.250 gramas, alimentar-se pelos seios maternos e complemento, critérios fundamentais para tais práticas, sendo a disponibilidade de tempo dos pais e não estar fazendo uso de antibióticos, critérios que complementam a análise do caso clínico do bebê para o encaminhamento para a etapa posterior. Segundo a norma, os critérios para a permanência do RNPT na segunda etapa do método, consistem em: estabilidade clínica, nutrição enteral plena e peso mínimo de 1.250 gramas e como critério para mãe, desejo de participar, disponibilidade de tempo e rede social de apoio, assemelhando dos critérios adotados pela instituição (Brasil, 2011).

Para encaminhar o prematuro assistido pelo MC na segunda para a terceira etapa demonstrado na tabela 8 se destacam ganho de peso ponderal maior que 15 gramas e peso de 1.800 gramas, em que alimentação estável (S.M.E) e mãe segura com rede social consolidada são critérios que contribuem para a análise do encaminhamento.

No estudo desenvolvido por Borck e Santos (2010), observou-se que no HU/UFSC o critério de análise para alta hospitalar, ou seja, da segunda para a terceira etapa do MC, o peso do bebê é de aproximadamente 1750g a 1900g e se está mamando no seio materno, sendo aceito em alguns casos o complemento para ajudar no ganho de

peso. Em outro estudo realizado por Colameo e Rea (2006), os resultados obtidos demonstraram que o critério para o encaminhamento da segunda para a terceira etapa observa-se que o prematuro precisa obter peso mínimo de 1.500g, porém, a maioria dos pesos adotados ficou entre 1.750g e 2.000g. Outro item para análise para alta hospitalar relatado no referido estudo é a alimentação estável, compromisso em permanecer na posição canguru por 24 horas, respeitar o cronograma de retorno e apresentar condições de recorrer ao hospital em situação de urgência. Observamos assim, que os itens que se assemelham nos resultados encontrados, destacamos como critério para a transferência do bebê da segunda para a terceira etapa do MC o peso maior que 1.500 gramas e alimentação estável.

Quanto ao critério adotado para alta do método notamos que estabilidade clínica e pais seguros são essenciais para finalizar a assistência do prematuro, sendo peso maior que 2.500 gramas critério auxiliar para a análise do encerramento na assistência. A norma caracteriza como critério para o encerramento da assistência no MC acompanhamento do bebê e da família até a atingir o peso de 2.500 gramas e continuidade à abordagem biopsicossocial, diferenciando assim, dos critérios utilizados pela unidade hospitalar na classificação de critério primário e secundário para o encerramento da assistência no método. Entretanto, a terceira etapa no HRC não apresenta um segmento de ambulatório para esses prematuros, com retorno ao pediatra da unidade três vezes na primeira semana de alta hospitalar, duas vezes na segunda semana domiciliar e uma consulta por semana até atingir o peso esperado de 2.500 gramas, fazendo assim, o acompanhamento apenas dos prematuros que apresentaram algum problema no desenvolvimento neuropsicomotor esperado para a idade cronológica/ corrigida do bebê (BRASIL, 2011).

Essa realidade fez com que a amostra não abrangesse mães que não tiveram o acompanhamento do desenvolvimento do bebê, pois todos os bebês das participantes eram assistidos pelo *follow-up*, o que pode ser considerado um viés para a análise da terceira etapa do método.

De acordo com a tabela 9 o espaço da enfermaria canguru suporta até oito binômios e ela divide-se em dois espaços distintos separados por um corredor configurando quatro biônimos para cada parte da enfermaria canguru. Esta se localiza fora da Unidade de Neonatologia, porém encontra-se dentro da maternidade próximo ao posto de enfermagem. Segundo a norma, para a enfermaria canguru, seis binômios é o

número máximo para melhor atender os neonatos e a enfermaria canguru necessita localizar-se próximo ao posto de enfermagem.

A avaliação do método de forma periódica se destacou da não existência desta prática, respeitando o que recomenda a norma. De acordo com o Ministério da Saúde (2011) a avaliação periódica do método aborda questões como, morbidade e mortalidade neonatal, taxas de reinternação, crescimento e desenvolvimento- entre outros fatores- que contribuem para melhor compreender o tipo de assistência oferecida no MC.

Pode-se observar com os resultados do estudo que a equipe de saúde nem sempre dispõe de um carro equipado adequadamente para a reanimação cardiorrespiratória do recém-nascido pré-termo que é assistido pelo método na enfermaria canguru, o que configura um risco para o adequado atendimento à esta população.

Quanto à disponibilidade exclusiva de uma enfermeira/técnica 24 horas na enfermaria canguru, observa-se que esse profissional não é cedido pela Unidade Neonatal para os cuidados exclusivos com os prematuros e mães que estão na enfermaria canguru, contrariando o que é sugerido pela norma que recomenda cobertura por 24 horas para cada seis biônimos. (BRASIL, 2011)

O acompanhamento do ganho de peso dos recém-nascidos pré-termo é realizada de forma diária, podendo ocorrer um acompanhamento diferenciado a critério médico devido à complexidade do caso de saúde do bebê. Para o acompanhamento no desenvolvimento do prematuro, observou-se que existe a preocupação da equipe em realizar a assistência para os bebês que se encaixam no *follow-up*.

Observou-se no estudo a existência dos profissionais em reabilitação para o acompanhamento no desenvolvimento do prematuro, tais como fisioterapeuta, fonoaudiólogo e terapeuta ocupacional. Esse contato é importante para compreender os fatos e nortear as soluções, uma vez que cada membro da equipe realizará sua avaliação específica e com isso possibilitará uma visão mais ampla do quadro clínico (BRASIL, 2011). Observou-se que o profissional em terapia ocupacional está presente nas três etapas e no *follow-up* contrapondo com os outros profissionais mencionados, em que o fonoaudiólogo está presente na primeira e segunda etapa e o fisioterapeuta apenas na primeira etapa. Esse resultado contraditório entre o que foi observado nos resultados do

questionário e o que foi observado durante o desenvolvimento da pesquisa pode ter ocorrido devido ao longo período sem a avaliação do método, contribuindo para o esquecimento da prática entre as etapas.

A terceira etapa é realizada fora da unidade (em um anexo do hospital), o que pode ter contribuído para o desconhecimento da atuação somente da terapia ocupacional no *follow-up*, contrapondo o que foi verificado na pesquisa.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tendo em vista os resultados do presente estudo conclui-se que o modelo de assistência adotado pelo Hospital Regional de Ceilândia assemelha-se aos critérios da norma do programa da Atenção Humanizada ao Recém-Nascido Baixo-Peso Método Canguru, sendo realizado de maneira satisfatória principalmente na primeira e segunda etapa do método. Observando que os cuidados perinatais buscam alcançar com o contato pele a pele precoce a estabilidade clínica do neonato e estimular a formação de vínculo entre mãe e bebê que, conseqüentemente, sente-se segura para os cuidados cotidianos com prematuro, o modelo assistencial perinatal engloba particularidades físicas e emocionais em ações humanizadas.

Considerando as divergências entre a norma e a assistência prestada pelos profissionais de saúde em relação à terceira etapa, nota-se que o ambulatório de segmento é uma meta a se cumprir, assim como a disponibilidade de profissionais para o acompanhamento do prematuro assistido.

Conclui-se também, que mesmo a assistência dos profissionais de saúde para o neonato e puérpera durante a primeira etapa do MC sendo satisfatória, com acolhimento do neonato, mãe e familiares; esclarecimento das condições clínicas; contato precoce com o bebê; entre outros fatores; o esclarecimento da rotina e funcionamento da Unidade Neonatal precisa ser feito ainda no momento da gravidez considerada de risco, salvo quando não detectado precocemente.

Conhecer o modelo institucional de adesão assistencial ao neonato, bem como verificar os critérios percebidos pelas mães na assistência na primeira, segunda e terceira etapa do método, possibilitou uma comparação com a norma do programa para

melhor compreender e refletir sobre a assistência executada e dificuldades encontradas pela equipe, possibilitando uma devolutiva para a comunidade e profissionais de saúde, bem como mudanças visando melhoria da qualidade dos serviços prestados. Por fim, novos estudos para caracterização da assistência ao neonato através do MC precisam ser realizados para compreensão dos desafios encontrados pelos profissionais, implantação e execução do programa em todo o território brasileiro objetivando proporcionar aos RNPT e seus familiares um atendimento humanizado sem distinção territorial e social.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, Izabella Santos Nogueira de e GUEDES, Zelita Caldeira Ferreira .Suckling da criança recém-nascido prematuro: comparação entre o método Mãe-Canguru com os cuidados tradicionais. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infantil.** [online]. 2005, vol.5, n.1, pp 61-69. ISSN 1519-3829. (Em:<<http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292005000100008>> Acesso em: 04 de junho de 2013.)

AZEVEDO, Vivian Mara Gonçalves de Oliveira; DAVID, Renata Bernardes e XAVIER, César Coelho. Método Mãe Canguru em recém-nascidos prematuros em ventilação artificial: uma avaliação de padrões de comportamento. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infantil.** [online]. 2011, vol.11, n.2, pp 133-138. ISSN 1519-3829. (Em:<<http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292011000200004>>Acesso em: 12 de maio de 2013.)

BARRADAS J, Fonseca A, Guimarães CL, Lima GM. Relationship between positioning of premature infants in Kangaroo Mother Care and early neuromotor development. **J Pediatr** (Rio J).2006;82:475-80.

BORCK M, Santos E. K. A. **Terceira etapa Método Canguru:** convergência de práticas investigativas e cuidado com famílias em atendimento ambulatorial. Rev Gaúcha Enferm., Porto Alegre (RS) 2010 dez;31(4):761-8.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programática e Estratégica. **Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo-Peso-Método Canguru.** Manual Técnico. 2º edição. Brasília: 2011. 200 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programática e Estratégica. **Método canguru no Brasil:** da implantação aos dias atuais e perspectivas. Relatório Canguru. (Em:<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relatorio_canguru_160311.pdf>acesso em: 15 de junho de 2013).

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programática e Estratégica. **Atenção à Saúde do Recém- Nascido.** Guia para os profissionais de Saúde. Cuidados Gerais. Volume 1. Brasília: 2011. 192 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Manual Prático para implementação da rede cegonha.** (Em:<<http://www.saude.mt.gov.br>>acesso em: 11 de junho de 2013).

BRASIL, Ministério da Saúde. **Método canguru no Brasil:** na implementação ao dias atuais e perspectivas. (Em:<<http://www.saude.gov.br>>acesso em: 11 de junho de 2013).

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área da Saúde da Criança. **Atenção humanizada ao recém-nascido:** método mãe-canguru: manual do curso/ Secretaria de Políticas de Saúde, Área da Saúde da Criança.- 1.º edição- Brasília: 2002.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área da Saúde da Criança. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso:** Método Canguru/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Área Técnica da Saúde da Criança. - Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 238 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de **Ética em Pesquisa.** Resolução 466/12. Versão 2012.

CAETANO, Laise Conceição; SCOCHI, Carmen Gracinda Silvan e ANGELO, Margareth. Viver a tríade mãe-criança-família no método canguru. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [online]. 2005, vol.13, n.4, pp 562-568. ISSN 0104-1169. (<<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692005000400015>>Acesso em: 12 de maio de 2013.)

CIPRIANO, Leandro. **Maternidade de Ceilândia é reaberta.** (Em:<<http://www.df.gov.br/noticias/item/5930-maternidade-do-hospital-de-ceil%C3%A2ndia-%C3%A9-reaberta.html>> Acesso em: 01 de maio de 2013.)

COLAMEO, A. J; REA, M, F. **O Método Mãe Canguru em Hospitais Públicos do Estado de São Paulo, Brasil:** uma análise do processo de implantação. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, 22(3): 597-607, mar, 2006.

COSTA. A. C. M, Monteiro. A. S, Monteiro. A. k. S, Pereira. F. A. J. S, Cruz .P .R. F. **Influência da Implantação do Método Mãe Canguru.** VI Congresso Brasileiro de Enfermagem Obstétrica e Neonatal. Teresinha-PI, junho de 2009.

COSTA. R, Monticelli. M. **Método Mãe-Canguru.** Artigo de revisão. **Act Paul Enferm.** Florianópolis - SC, 2005.

HENRIQUE. L. R, Cruz. O. M, Farias. A. G. F, Rodrigues. R. B, Guarany. N. R. **Atuação do Terapeuta Ocupacional no Método Mãe Canguru.** XX Congresso de Iniciação científica III Mostra Científica. UFPEL, 2011.

LAMY, Z. C; GOMES, M. A. S. M; GEANINI, N. O. H; HENNIG, M. A. S. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso método canguru:** a proposta brasileira. Rio de Janeiro, 2005.

LEVY, L; BÉRTOLO, H. **Manual de aleitamento materno.** Comitê português para UNICEF/ Comissão nacional *iniciativa hospitais amigos dos bebês.* 1ª edição, 2002.

MARTINS. A. D. M. **Limites e possibilidades no acolhimento com classificação de risco de um pronto socorro pediátrico no DF.** Universidade de Brasília. Faculdade de Ciência da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Brasília, 2012.

PENALVA, Olga and SCHWARTZMAN, João Salomão. J. **Pediatr.** (Rio J) [online]. 2006, vol.82, Estudo descritivo do perfil clínico- nutricional e do seguimento ambulatorial de recém-nascidos prematuros atendidos no Programa Método Mãe-Canguru.1,PP.33-39.ISSN 0021-7557. (Em:<<http://dx.doi.org/10.2223/JPED.1434>> Acesso em: 12 de maio de 2013.)

SILVA. F.F, Prado. S. R. L. A. Método Mãe Canguru: um novo paradigma na assistência ao recém-nascido em sua família. **Rev. Enferm.** UNISA, 2003.

9. ANEXOS

Anexo A - PORTARIA SAS/MS Nº 72, DE 02 DE MARÇO DE 2000

O Secretário de Assistência à Saúde, no uso de suas atribuições,

Considerando que os avanços tecnológicos para diagnóstico e manuseio de recém-nascidos, notadamente os de baixo peso, melhoram de forma acentuada as chances de vida desse grupo etário;

Considerando que o adequado desenvolvimento dessas crianças é determinado por um equilíbrio quanto ao suporte das necessidades biológicas, ambientais e familiares;

Considerando a necessidade de estabelecer uma contínua adequação tanto da abordagem técnica quanto das posturas que impliquem em mudanças ambientais e comportamentais com vistas à maior humanização do atendimento; e

Considerando que a adoção das Normas de Atenção Humanizada do Recém-Nascido de Baixo-Peso (Método Canguru) pode ser essencial na promoção de uma mudança institucional na busca de atenção à saúde, centrada na humanização da assistência e no princípio de cidadania da família, resolve:

Art. 1º - Incluir na Tabela de Procedimentos do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde – SIH/SUS o procedimento abaixo:

Grupo: 71.100.04-0 – Atendimento ao Recém-Nascido de Baixo Peso

Procedimento: 71.300.12-0 – Atendimento ao Recém-nascido de Baixo Peso:

SH	SP	SADT	TOTAL (R\$)	ATO MED	ANEST	PERM
420,71	54,89	12,99	488,58	18	00	10

Art. 2º - Estabelecer que a equipe de saúde responsável por esse atendimento seja multiprofissional, constituída por: médicos, neonatologistas (cobertura de 24 horas); obstetras (cobertura de 24 horas); pediatras com treinamento em seguimento do recém-nascido de risco; oftalmologista; enfermeiras (cobertura de 24 horas); auxiliares de

enfermagem (na 2ª etapa uma auxiliar para cada 6 (seis) binômios com cobertura de 24 horas; psicólogos; fisioterapeutas; terapeutas ocupacionais; assistentes sociais; fonoaudiólogos; nutricionistas.

Art. 3º - Determinar que os setores de terapia intensiva neonatal e de cuidados intermediários deverão obedecer às normas já padronizadas pela Portaria GM/MS nº 3432, de 12 de agosto de 1998 e Portaria GM/MS nº 1091, de 25 de agosto de 1999, permitindo o acesso dos pais com possibilidade de desenvolvimento do contato tátil.

Art. 4º - Definir que os gestores estaduais e municipais deverão estabelecer rotinas de acompanhamento, treinamento, supervisão e controle que garantam a melhoria de qualidade da assistência aos recém-nascidos.

Art.5º - Esta Portaria entra em vigor na data da sua publicação (**DOU 03/03/2000**).

RENILSON REHEM DE SOUZA

Anexo - B HOSPITAIS COM EQUIPES CAPACITADAS NO MC NO BRASIL

ANEXO B - HOSPITAIS COM EQUIPES CAPACITADAS NO MC NO BRASIL, 2009.

UF	Município	HOSPITAIS
Acre	CRUZEIRO DO SUL	MATERNIDADE BÁRBARA HELIODORA
	RIO BRANCO	HOSPITAL GERAL DO CRUZEIRO DO SUL
		HOSPITAL SANTA JULIANA
Alagoas	ARAPIRACA	HOSPITAL REGIONAL DE ARAPIRACA
	MACEIÓ	MATERNIDADE ESCOLA SANTA MÔNICA
		DENILMA BULHÕES
		HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
		FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO AÇUCAR
	SANTA RITA	HOSPITAL REGIONAL DE SANTA RITA - PRAÇA DOS INDIOS
	SÃO LUIZ DO QUITUNDE S	HOSPITAL JOSÉ AUGUSTO
	MIGUEL DOS CAMPOS	SANTA CASA DE MISERICÓRDIA
	XINGÓ - PIRANHAS	UNIDADE MISTA SENADOR ARNON AFFONSO DE FARIAS MELLO
Amazonas	MANAUS	MATERNIDADE ALVORADA
		MATERNIDADE BALBINA MESTRINO
Amapá	MACAPÁ	HOSPITAL DA MULHER MÃE LUIZA
	SANTANA	HOSPITAL ESTADUAL DE SANTANA
Bahia	ALAGOINHAS	MATERNIDADE MUNICIPAL DE ALAGOINHAS
	APORÁ	UNIDADE SANIT. MISTA MÉDICA ODONTOLÓGICA
	BARREIRAS	HOSPITAL GERAL EURICO DUTRA
	CAMAÇARI	HOSPITAL GERAL DE CAMAÇARI
	CANINDÉ	HOSPITAL SÃO FRANCISCO DE CANINDÉ
	FEIRA DE SANTANA	HOSPITAL CLÉRISTON ANDRADE
		HOSPITAL INÁCIA PINTO DOS SANTOS - HOSP DA MULHER
	GUANAMBI	HOSPITAL REGIONAL DE GUANAMBI
	ITABUNA	MATERNIDADE DA MÃE POBRE/ FUND FERNANDO GOMES
	SALVADOR	HOSPITAL MANOEL NOVAES - SANTA CASA DE MISERICÓRDIA
		INSTITUTO DE PERINATOLOGIA DA BAHIA-IPERBA
		HOSPITAL MAMOEL VITORINO
		HOSPITAL ALIANÇA/SOBAPE
		MATERNIDADE TSYLLA BALBINO
		MATERNIDADE ALBERTO SABIN
		HOSPITAL GERAL ROBERTO SANTOS
		MATERNIDADE CLIMÉRIO DE OLIVEIRA
	SANTO ANTÔNIO DE JESUS H	HOSPITAL E MATERN. LUIZ ARGÓLLO
	VITÓRIA DA CONQUITA HOS	HOSPITAL MUNICIPAL ESAÚ MATOS
Ceará	ARACATI	HOSPITAL MUNICIPAL DE ARACATI
		HOSPITAL SANTA LUIZA DE MARILAC
	BARBALHA	HOSPITAL E MATERNIDADE SÃO VICENTE DE PAULO
	BATURITÉ	HOSPITAL E MATERNIDADE SÃO JOSÉ PINTO DO CARMO
	CAUCAIA	HOSPITAL MUNICIPAL PAULO SARASATE
	CANINDÉ	HOSPITAL MATERNIDADE SÃO FRANCISCO DE CANINDÉ
	CASCADEL	HOSPITAL E MATERNIDADE NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS
	CRATEUS	HOSPITAL SÃO LUCAS
	FORTALEZA	MATERNIDADE ESCOLA ASSIS CHATEAUBRIAND
		HOSPITAL ALBERT SABIN
		HOSPITAL REGIONAL GONZAGA MOTA - BARRA DO CEARÁ
		HOSPITAL DISTRITAL GONZAGA MOTA - MESSEJANA
		HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA
		HOSPITAL GERAL CÉSAR CALLS

	IGUATU	HOSP ITAL DR. MANOEL BATISTA DE ALENCAR		
	ITAPIPOCA	HOSP ITAL E MATERNIDADE SÃO VICENTE DE PAULO		
	JUAZEIRO DO NORTE	HOSPITAL E MATERNIDADE SÃO LUCAS		
	LIMOEIRO DO NORTE	HOSPITAL SÃO RAIMUNDO NONATO - SÃO CAMILO		
	MARACANAÚ	HOSPITAL MUNICIPAL DE MARACANAÚ		
	QUIXERAMOBIM	HOSP ITAL REGIONAL DE QUIXERAMOBIM		
	QUIXADÁ	HOSPITAL E MATERNIDADE JESUS, MARIAJOSÉ		
	SOBRAL	SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL		
Distrito Federal	BRASÍLIA	HOSPITAL REGIONAL DA ASA SUL HOSPITAL DAS FORÇAS ARMADAS HOSPITAL REGIONAL DA ASA NORTE HOSPITAL SANTA HELENA HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA - HUB		
	BRAZLÂNDIA	HOSPITAL REGIONAL DE BRAZLÂNDIA		
	CEILÂNDIA	HOSPITAL REGIONAL DE CEILÂNDIA		
	GAMA	HOSPITAL REGIONAL DO GAMA		
	PLANALTINA	HOSPITAL REGIONAL DE PLANALTINA		
	RIACHO FUNDO	HOSPITAL REGIONAL DE ANCHIETA		
	SOBRADINHO	HOSPITAL REGIONAL DE SOBRADINHO		
	TAGUATINGA	HOSPITAL REGIONAL DE TAGUATINGA		
Espírito Santo	CACHOEIRO DO ITAPEMIRIM	HOSPITAL EVANGÉLICO DE CACHOEIRO DE ITAPEMIRIM		
	COLATINA	SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE COLATINA		
	LINHARES	HOSPITAL RIO DOCE		
	SERRA	HOSPITAL DR. DÓRIO SILVA		
	VILA VELHA	HOSPITAL ANTONIO BEZERRA DE FARIA		
	VITÓRIA	HOSP UNIVERSITÁRIO CASSIANO ANTONIO DE MORAES		
Goiás	ANÁPOLIS	MATERNIDADE DR. ADALBERTO PEREIRA DA SILVA		
	GOIÂNIA	MATERNIDADE NOSSA SENHORA DE LOURDES MATERNIDADE NASCER CIDADÃO HOSPITAL MATERNO INFANTIL		
		PLANALTINA	HOSPITAL MATERNO INFANTIL SANTA RITA DE CASSIA	
	Maranhão	BALSAS	HOSPITAL SÃO JOSÉ	
CAXIAS		HOSPITAL MATERNO INFANTIL SINHÁ CASTELO		
CODÓ		HOSPITAL GERAL MUNICIPAL		
CURUPURU		SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE CURUPURU		
GRAJAÚ		HOSPITAL SANTA NEUSA LTDA.		
IMPERATRIZ		HOSPITAL REGIONAL MATERNO INFANTIL		
ITAPECURU-MIRIM		HOSPITAL REGIONAL ADÉLIA MATOS FONSECA		
SANTA INEZ		HOSPITAL THOMÁZ MARTINS		
SÃO JOSÉ DO RIBAMAR		UNIDADE MISTA SÃO JOSÉ DE RIBAMAR		
SÃO LUIZ		MATERNIDADE MARIA DO AMPARO SANTA CASA DE MISERICÓRDIA MATERNIDADE BENEDITO LEITE HOSPITAL ALIANÇA DO MARANHÃO MATERNIDADE MARLY SARNEY HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO MARANHÃO		
		TIMON	HOSPITAL REGIONAL ALARICO NUNES PACHECO	
		VARGEM GRANDE	HOSPITAL MUNICIPAL BENITO MUSSOLINE DE SOUSA	
		Minas Gerais	ALFENAS	HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ALZIRA VELANO
			BARBACENA	SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BARBACENA
BELO HORIZONTE	HOSPITAL SOFIA FELDMAN HOSPITAL DE CLÍNICAS			

		HOSPITAL JÚLIA KUBITSCHECK
		HOSPITAL ODILON BEHRENS
		MATERNIDADE ODETE VALADARES
	BETIM	HOSPITAL REGIONAL DE BETIM
	GOVERNADOR VALADARES	HOSPITAL DE GOVERNADOR VALADARES
	JANAUBA	FUNDAÇÃO ASSISTÊNCIA SOCIAL DE JANÚBA
	MONTES CLAROS	IRMANDADE N SENHORA DAS MERCES
	POUSO ALEGRE	HOSPITAL DAS CLÍNICAS SAMUEL LIBANIO
	SÃO SEBASTIÃO DO PARAISO	SANTA CASA DE MISERICÓRDIA
	TEÓFILO OTONI	HOSPITAL SANTA ROSÁLIA
	UBERABA	HOSP ITAL ESCOLA FACULDADE DE MEDICINA DO TRIANGULO MINEIRO
Mato Grosso do Sul	CAMPO GRANDE	FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE MS
		SOCIEDADE BENEFICIENTE DE CAMPO GRANDE
		HOSPITAL REGIONAL ROSA PEDROSSIAN
Mato Grosso	CUIABÁ	HOSPITAL GERAL DE CUIABÁ
		HOSP ITAL PRONTO SOCORRO MUNICIPAL DE CUIABÁ
		HOSP ITAL SANTA HELENA SOC. HOSP CUIABANA
		HOSP ITAL UNIVERSITÁRIO JÚLIO MULLER
	DOURADOS	HOSPITAL EVANGÉLICO DR. E SRA. GOLDSBY KING / HOSPITAL DA MULHER
	SORRISO	HOSPITAL REGIONAL DE SORRISO
Pará	ALTAMIRA	HOSPITAL MUNICIPAL DE ALTAMIRA
	MARABÁ	HOSPITAL MATERNO INFANTIL MUNICIPAL DE MARABA
	MARITUBA	SOCIEDADE PORTUGUESA BENEFICIENTE DO PARA
		FUNDAÇÃO SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO PARA
	SANTAREM	HOSPITAL MUNICIPAL DE SANTAREM
Paraíba	CAMPINA GRANDE	INSTITUTO DE SAÚDE ELPÍDEO DE ALMEIDA
	JOÃO PESSOA	MATERNIDADE FREI DAMIAO
		HOSPITAL UNIVERSITARIO LAURO WANDERLEY
		MATERNIDADE CÂNDIDA VARGAS
PATOS	MATERNIDADE DR.PEREGRINO FILHO	
Paraná	CASCABEL	HOSPITAL REGIONAL DE CASCAVEL
	CORNÉLIO PROCÓPIO	SANTA CASA DE MISERICORDIA DE CORNELIO PROCOPIO
	FOZ DO IGUAÇU	HOSPITAL SANTA CASA MONSENHOR GUILHERME
	IVAIPORA	HOSPITAL BOM JESUS
	LONDRINA	SANTA.CASA DE MISERICÓRDIA
		HOSPITAL UNIVERSITARIO REGIONAL DO NORTE DO PR
		HOSPITAL MUNICIPAL DR. ATILIO TOLOMINI
		CENTRO MEDICO COMUNITARIO BAIRRO NOVO
		HOSPITAL EVANGÉLICO DE CURITIBA
		CLÍNICA E MATERNIDADE NOSSA SENHORA DO ROSÁRIO
		UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
		MATERNIDADE VITOR DO AMARAL
		INSTITUTO DE SAÚDE DO PARANA
		HOSPITAL NOSSA SENHORA DE FATIMA
		CASA DE SAÚDE BOM JESUS
		HOSPITAL MATERNIDADE ALTA MARACANA
		HOSPITAL DO TRABALHADOR FUMPAR
		HOSPITAL DE CLÍNICAS DO PARANA UNIVERSIDADE FEDERAL

		DO PARANÁ			
	MARINGÁ	HOSP ITAL UNIVERSITÁRIO REGIONAL DE MARINGÁ			
	PARANAGUÁ	IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PARANAGUÁ			
	PARANAVAÍ	SANTA CASA DE PARANAVAÍ			
	PINHAIS	HOSP ITAL MATERNIDADE DA LUZ			
	PONTA GROSSA	SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PONTA GROSSA			
	SÃO GABRIEL	SANTA CASA DE MISERICORDIA			
Pernambuco	ARARIPINA	HOSPITAL E MATERNIDADE SANTA MARIA			
	ARCOVERDE	HOSPITAL REGIONAL RUI BARROS CORREA			
	CARUARU	HOSPITAL REGIONAL JESUS NAZARENO			
	GARANHUNS	HOSPITAL D. MOURA			
	LIMOEIRO	HOSP ITAL REGIONAL JOSÉ FERNANDES SALA			
	PETROLINA	HOSPITAL REGIONAL DOM MALAN			
	RECIFE	INSTITUTO MATERNO INFANTIL DE PERNAMBUCO HOSPITAL AGAMENON MAGALHAES MATERNIDADE BARROS LIMA HOSPITAL BARAO DE LUCENA CENTRO INTEGRAL DE SAÚDE AMAURY MEDEIROS - CISAM			
Piauí	ILHOTAS	HOSPITAL GERAL DO PRO-MORAR MATERNIDADE OLAVO REBELO HOSPITAL MATERNIDADE DO SATELITE HOSPITAL BUENOS AIRES UNIDADE DE SAÚDE WALL FERRAZ SOCIEDADE DE PROTEÇÃO A MATERNIDADE E INFANCIA DIRCEU ARCOVERDE			
		TEREZINA	UNIDADE INTEGRADA DE SAÚDE PRIMAVERA MATERNIDADE DONA EVANGELINA ROSA UNIDADE INTEGRADA DE SAÚDE DR LUIZ MILTON DE AREA LEA HOSPITAL GERAL DO PROMORAR		
			Rio de Janeiro	ANGRA DOS REIS	HOSPITAL E MATERNIDADE CODRATO DE VILHENA
				BARRA MANSA	SANTA CASA DE MISERICÓRDIA BARRA MANSA
		CABO FRIO		HOSP ITAL SAO JOSÉ OPERÁRIO	
CAMPOS	HOSP ITAL UNIVERSITARIO SUL FLUMINENSE HOSP ITAL PLANTADORES DE CANA				
NITERÓI	HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANTÔNIO PEDRO HOSPITAL ESTADUAL AZEVEDO LIMA				
NOVA FRIBURGO	HOSPITAL MATERNIDADE NOVA FRIBURGO				
NOVA IGUAÇU	HOSPITAL GERAL DE NOVA IGUAÇU				
PETRÓPOLIS	HOSP MUNICIPAL ALCIDES CARNEIRO				
RIO DE JANEIRO	HOSPITAL E MATERNIDADE ALEXANDRE FLEMING HOSPITAL E MATERNIDADE PRAÇA XV - OSWALDO NAZARÉ HOSPITAL ESTADUAL ROCHA FARIA HOSPITAL CARMELA DUTRA HOSPITAL ESTADUAL PEDRO II HOSP ITAL ESTADUAL ADAO PEREIRA NUNES HOSPITAL GERAL DE BONSUCESSO HOSPITAL SERVIDORES DO ESTADO INSTITUTO SAÚDE DA MULHER FERNANDO DE MAGALHAES MATERNIDADE ESCOLA DE LARANJEIRAS - UFRJ HOSPITAL CENTRAL DO EXÉRCITO HOSPITAL EVANDRO CHAGAS HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO UNIDADE INTEGRADA DE SAÚDE HERCULANO PINHEIRO HOSP MUNIC				

		INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA/FIOCRUZ
		HOSPITAL MATERNIDADE LEILA DINIZ
	SAO JOAO DA BARRA	HOSPITAL REGIONAL DE BARRA SAO JOAO
	VOLTA REDONDA	HOSPITAL SAO JOAO BATISTA
Rio Grande do Norte	CURRAIS NOVOS	HOSPITAL PADRE JOAO MARIA - MATERNIDADE ANANILA REGINA
	MOSSORÓ	MATERNIDADE ALMEIDA CASTRO
	NATAL	HOSPITAL JOSÉ PEDRO BEZERRA-HOSP. SANTA CATARINA
		HOSPITAL CENTRAL CORONEL PEDRO GERMANO - MH POLÍCIA MILITAR
		MATERNIDADE ESCOLA JANUÁRIO CICCO
Rio Grande do Sul	AFRAS	HOSPITAL SANTA CRUZ DO SUL
	ALVORADA	FUNDAÇÃO UNIVERSITÁRIA DE CARDIOLOGIA-HOSP DE ALVORADA
	BAGÉ	SANTA CASA DE MISERICÓRDIA
	BENTO GONÇALVES	HOSPITAL TACCHNI
	CACHOEIRA DO SUL	HOSPITAL DE CARIDADE E BENEFICÊNCIA
	CACHOEIRINHA	HOSPITAL PADRE JEREMIAS
	CAXIAS DO SUL	HOSPITAL DE POMPEIA
		HOSPITAL GERAL
	CRUZ ALTA	HOSPITAL SÃO VICENTE
	ESTRELA	HOSPITAL DE ESTRELA
	IJUÍ	HOSPITAL E CARIDADE DE IJUÍ
	LAJEADO	HOSPITAL BRUNO BORN
	PASSO FUNDO	HOSPITAL DA CIDADE DE PASSO FUNDO
	PELOTAS	HOSPITAL UNIVERSITÁRIO S. FRANCISCO DE PAULA
	PORTO ALEGRE	SANTA CASA DE MISERICÓRDIA
		HOSPITAL ESCOLA MATERNO INFANTIL PRESIDENTE VARGAS
		HOSPITAL DE SÃO LUCAS
		HOSPITAL DA ULBRA
		HOSPITAL DE CLÍNICAS
		HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO
		HOSPITAL FEMINA
	RIO GRANDE	HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DR. MIGUEL RIET CORREA JR
	SANTA MARIA	HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SANTA MARIA
	SÃO GABRIEL	ISANTA CASA DE CARIDADE S. GABRIEL
	SÃO LEOPOLDO	HOSPITAL DAS CLINICAS
Rondônia	CACOAL	HOSPITAL MUNICIPAL MATERNO INFANTIL
	JI-PARANA	HOSPITAL MUNICIPAL
	OURO PRETO D'OESTE	HOSPITAL MUNICIPAL
	PIMENTA BUENO	HOSPITAL E MATERNIDADE ANA NETA
	PORTO VELHO	HOSPITAL DE BASE ARI PINHEIRO
		HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE PORTO VELHO
	PRESIDENTE MEDICE	CENTRO DE SAÚDE POLONIA ROSSI JAVARINI
	ROLIM DE MOURA	HOSPITAL MUNICIPAL DE ROLIM DE MOURA
	VILHENA	HOSPITAL REGIONAL ADAMASTOR OLIVEIRA VILHENA
Roraima	BOA VISTA	HOSPITAL MATERNO INFANTIL NOSSA SENHORA DE NAZARÉ
Santa Catarina	ARARANGUÁ	HOSPITAL REGIONAL DE ARARANGUÁ - DEP. AFFONSO GHIZZO
	BLUMENAU	FUNDAÇÃO HOSPITALAR DE BLUMENAU - HOSPITAL STO. ANTONIO
	CHAPECÓ	HOSPITAL CHAPECÓ - REGIONAL DO OESTE
		CONSÓRCIO REG. DE SAÚDE DO HOSPITAL.LENOIR V. FERREIRA
	FLORIANÓPOLIS	MATERNIDADE CARMELA DUTRA

		HOSP ITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
	ITAJAÍ	HOSPITAL E MATERNIDADE MARIETA KONER BORNHAUSEN
	JARAGUÁ DO SUL	HOSP ITAL E MATERNIDADE JARAGUÁ
	JOINVILLE	MATERNIDADE DARCY VARGAS
	LAGES	HOSP ITAL GERAL E MATERNIDADE TEREZA RAMOS
	TUBARÃO	HOSP ITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO
São Paulo	ARARAQUARA	SANTA CASA DE MISERICÓDIDA
	ARARAS	SANTA CASA DE MISERICÓRDIA
	ASSIS	HOSPITAL REGIONAL DE ASSIS
	BOTUCATU	HOSP ITAL DE CLÍNICA DA FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU
	CARAPICUIBA	MATERNIDADE DE CARAPICUIBA
	COTIA	HOSP ITAL DR. ODAIR PEDROSO
	DIADEMA	HOSPITAL PÚBLICO MUNICIPAL DE DIADEMA
	FERRAZ DE VASCONCELLOS	HOSP ITAL DR. OSIRIS FLORINDO COELHO
	FRANCA	SANTA CASA DE MISERICÓRDIA
	FRANCO DA ROCHA	HOSP ITAL REGINAL DE FRANCO DA ROCHA
	GARÇA	CENTRO SAÚDE II DR. EUSTÁQUIO SCALZO DE GARÇA
	GUARUJÁ	HOSP ITAL SANTAMARENSE DE BENEFICÊNCIA
	GUARULHOS	HOSP ITAL MATERNO MUNIC IPAL
		HOSP ITAL REGIONAL DE GUARULHOS
	ITANHAÉM	HOSPITAL MUNICIPAL
	ITAPECERICA DA SERRA	HOSPITAL GERAL
	ITAQUAQUECETUBA	HOSP ITAL SANTA MARELINA
	ITU	SANTA CASA DE ITU
	JUNDIAÍ	HOSPITAL DE CARIDADE SÃO VICENTE DE PAULO
	LIMEIRA	SANTA CASA DE MISERICORDIA
	MANDAQUI	HOSPITAL DE MANDAQUI
	MARÍLIA	HOSPITAL DAS CLÍNICAS
	OSASCO	HOSPITAL MUNICIPAL E MATERNIDADE AMADOR AGUIAR
	PALMITAL	SANTA CASA DE MISERICÓRDIA
	PIRACICABA	HOSP ITAL FORNECEDORES DE CANA DE PIRACICABA
	PIRACICABA	IRMANDADE DA SANTA CASA MISERICORDIA DE PIRACICABA
	PRES. PRUDENTE	HOSP ITAL ESTADUAL PRES. PRUDENTE
	RIBEIRÃO PRETO	HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA
		SANTA CASA DE MISERICÓRDIA
		MATER-MATERNIDADE DO COMPLEXO AEROPORTO
	RIO CLARO	SANTA CASA DE MISERICÓRDIA
	SANTO ANDRÉ	CENTRO HOSP ITALAR MUNICIPAL
	SANTOS	HOSPITAL GUILHERME ÁLVARO
		SANTA CASA DE MISERICÓRDIA
	SÃO BERNARDO DO CAMPO	HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
	SÃO JOSÉ DO RIO PRETO	HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
	SÃO JOSÉ DOS CAMPOS	HOSP ITAL MUNICIPAL DR. JOSÉ CARVALHO FLORENSE
	SÃO PAULO	HOSPITAL MUNICIPAL PROENÇA DE GOUVEA - MOOCA
		HOSPITAL JOSE SOARES HUNGRIA PIRITUBA
		HOSP ITAL MUNICIPAL VEREADOR JOSE STOROPOLLI VILA MARIA
		HOSP ITAL SERVIDOR PÚBLICO ESTADUAL
		HOSPITAL SERVIDOR PÚBLICO MUNICIPAL
		HOSPITAL MUNICIPAL E MATERNIDADE PROF. MÁRIO DEGNI
		HOSPITAL ESTADUAL MARIO COVAS
		HOSP ITAL IPIRANGA
		HOSP ITAL MUNICIPAL ALÍPIO CORREA NETO ERMELINO

	SOROCABA	INSTITUTO SAÚDE SECRET ESTADUAL SAÚDE
		ESCOLA PAULISTA E MEDICINA
		HOSPITAL UNIVERSITÁRIO UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
		HOSPITAL ALBERT EINSTEIN
		SANTA CASA DE MISERICÓRDIA
		HOSP ITAL CASA DE SAÚDE SANTA MARCELINA
		HOSP ITAL ESTADUAL VILA ALPINA
		HOSP ITAL MUNICIPAL MATERNIDADE ESCOLA DE VILA NOVA
		CACHOEIRINHA DR. MÁRIO ALTENFELDER SILVA
		HOSP ITAL REG IONAL SUL SANTO AMARO
		HOSP ITAL GERAL SÃO MATEUS "DR. MANOEL BIFULCO"
		HOSPITAL MATERNIDADE INTERLAGOS
		HOSPITAL UNIVERSI ANTONIO DE MORAES
		INSTITUTO DA CRIANÇA
		HOSPITAL MATERNIDADE LEONOR MENDES DE BARROS
		SANTA CASA DE MISERICÓRDIA
	SUMARÉ	CONJUNTO HOSPITALAR
	TABOÃO DA SERRA	HOSP ITAL ESTADUAL DE SUMARÉ DR LEANDRO FRANCESCHINI
	TATUAPÉ	HOSPITAL DE TABOÃO DA SERRA
	TUPÃ	HOSPITAL CARMINO CARICCHIO
		HOSP ITAL MUNICIPAL DE TATUAPÉ
		SOCIEDADE BENEFICENTE.SÃO FRANCISCO DE ASSIS
	ARACAJÚ	MATERNIDADE H ILDETE FALCÃO BATISTA
Sergipe	BOQUIM CAPELA ESTÂNCIA ITABAIANA LAGARTO NEÓPOLIS	HOSPITAL ESAÚ MATOS
		HOSP ITAL SANTA IZABEL
		UNIDADE MISTA DR. BERNARDINO MITIDIERE
		MATERNIDADE LUIZA MARILLAC
		HOSPITAL REGIONAL AMPARO DE MARIA
		MATERNIDADE SÃO JOSÉ
		MATERNIDADE M. DALTRO DE LAGARTO
		HOSPITAL REGIONAL
	ARAGUAIANA	HOSPITAL E MATERNIDADE DOM ORIONE
Tocantins	PALMAS	HOSP ITAL MATERNO INFANTIL DE PALMAS
	PARAISO	HOSPITAL D. REGINA SIQUEIRA CAMPOS
		HOSP ITAL COMUNITÁRIO DE PARAISO

Anexo - C**TERMO DE CONCORDÂNCIA**

A Dra. Lucimar Gonçalves da Costa Zero, chefe do Hospital Regional de Ceilândia e a Enfermeira Gabriela Ferreira Dias, responsável pela chefia da Unidade de Neonatologia, estão de acordo com a realização, neste Setor, da pesquisa Método Canguru no Hospital Regional de Ceilândia: Uma Comparação entre a situação atual e a norma técnica de responsabilidade da pesquisadora Tatiana Barcelos Pontes para caracterizar o modelo de adesão adotado pelo Hospital Regional de Ceilândia na assistência aos neonatos do Método Canguru e comparar a norma da Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo-Peso – Método Canguru ao modelo institucional de assistência prestado pelo HRC, após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal – CEP – SES/DF.

O estudo envolve aplicação de questionários semiestruturados em mães que participaram do Método Canguru e servidores envolvidos no programa. Tem duração de dois meses com previsão de início para junho de 2013.

Brasília, _____ / _____ / _____

Diretora responsável do Hospital:

Assinatura/carimbo

Chefia responsável pela Unidade Clínica:

Assinatura/carimbo

Pesquisador Responsável pelo protocolo de pesquisa:

Assinatura/carimbo

Anexo – D**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE**

O (a) Senhor(a) está sendo convidado(a) a participar do projeto: MÉTODO CANGURU NO HOSPITAL REGIONAL DE CEILÂNDIA: UMA COMPARAÇÃO ENTRE A SITUAÇÃO ATUAL E A NORMA TÉCNICA.

O objetivo desta pesquisa é: Caracterizar o modelo de adesão adotado pelo Hospital Regional de Ceilândia na assistência aos neonatos do Método Canguru.

O(a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá sendo mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a)

A sua participação será através de um questionário com perguntas relacionadas a critérios percebidos ao suporte biológico, ambiental e familiar durante a assistência no Método Canguru sobre a aplicação da norma e pelos critérios percebidos para assistência e alta hospitalar, raciocínio utilizados para encaminhar o prematuro para a etapa posterior do Método Canguru, acesso dos pais para a visita aos prematuros, desenvolvimento do contato pele a pele, rotinas de acompanhamento na unidade hospitalar, treinamento e supervisão do método, incentivo ao aleitamento materno, desenvolvimento e segurança dos familiares no manuseio da criança, que o(a) senhor(a) deverá responder no setor de neonatologia no Hospital Regional de Ceilândia na data combinada com um tempo estimado para sua realização: 30 minutos. Não existe obrigatoriamente, um tempo pré-determinado, para responder o questionário (ou entrevista). Será respeitado o tempo de cada um para respondê-lo. Informamos que o(a) Senhor(a) pode se recusar a responder qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o(a) senhor(a).

Os resultados da pesquisa serão divulgados na Instituição Universidade de Brasília- Faculdade de Ceilândia podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sobre a guarda do pesquisador.

Se o(a) Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para: Dr(a). Tatiana Barcelos Pontes na instituição Universidade de Brasília- Faculdade de Ceilândia telefone: 31078418 no horário: 08h00min às 12h00min.

Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SES/DF. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidos através do telefone: (61) 3325-4955.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o sujeito da pesquisa.

Nome / assinatura

Pesquisador Responsável
Nome e assinatura

Brasília, ____ de _____ de _____.



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: MÉTODO CANGURU NO HOSPITAL REGIONAL DE CEILÂNDIA: UMA COMPARAÇÃO ENTRE A SITUAÇÃO ATUAL E A NORMA TÉCNICA

Pesquisador: Tatiana Barcelos Pontes

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 17148213.1.0000.5553

Instituição Proponente: Secretaria de Saúde do Distrito federal - Regional de Saúde de Ceilândia

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 313.347

Data da Relatoria: 24/06/2013

Apresentação do Projeto:

Sem alterações ao parecer numero 298.503 de 10/06/13.

Objetivo da Pesquisa:

Sem alterações ao parecer numero 298.503 de 10/06/13.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Sem alterações ao parecer numero 298.503 de 10/06/13.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Sem alterações ao parecer numero 298.503 de 10/06/13.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os Termos de apresentação obrigatórias estão adequados.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pendência resolvida.

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS

Bairro: ASA NORTE

CEP: 70.710-904

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3325-4955

Fax: (33)3325-4955

E-mail: cepsesdf@saude.df.gov.br



Secretaria de Estado da Saúde
do Distrito Federal



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - FEPECS/SES-DF

Continuação do Parecer: 313.347

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

BRASILIA, 24 de Junho de 2013

Assinador por:
Luiz Fernando Galvão Salinas
(Coordenador)

--

10. APÊNDICE

Apêndice - I

Questionário I - Primeira etapa Método Canguru

1- Em que momento da gestação/pré-natal você foi convidada a conhecer ambiente hospitalar?(Unidade Neonatal, Enfermaria Canguru).

- ☐ Nos primeiros 6 meses. ☐ Entre sete e nove meses.
☐ Não fui convidada a conhecer o ambiente hospitalar.

2- Durante a internação do bebê na Unidade Neonatal, a equipe esclareceu sobre as condições clínicas da criança? Com que frequência?

- ☐ Sim. Somente no primeiro dia. ☐ Sim. Sempre que tive dúvidas.
☐ Não fui esclarecida sobre as condições clínicas da criança.

3- Foi orientada sobre o funcionamento e rotina da Unidade Neonatal?

- ☐ Sim. ☐ Não.

4- Foi permitido o acesso da mãe na Unidade Neonatal durante o período de internação do bebê?

- ☐ Sim. Sem restrições de horário. ☐ Não foi permitido o acesso da mãe.
☐ Sim. Durante o horário de visita estabelecida pelo hospital.

5- Foi permitido o acesso do pai na Unidade Neonatal durante o período de internação do bebê?

- ☐ Sim. Sem restrições de horário. ☐ Não foi permitido o acesso do pai.
☐ Sim. Durante o horário de visita estabelecida pelo hospital.
☐ Não tenho contado com o pai do bebê.

6- Foi permitido o acesso dos avós na Unidade Neonatal durante o período de internação do bebê?

- ☐ Sim. Sem restrições de horário. ☐ Não foi permitido o acesso dos avós.
☐ Sim. Durante o horário de visita estabelecida pelo hospital.
☐ Não tenho contado com os avós do bebê.

7- Foi proporcionado o contato tátil precoce com o bebê pele- a- pele?

- ☐ Sim. ☐ Não.

8- A primeira visita ao bebê foi assistida por um profissional da equipe?

- ☐ Sim. ☐ Nenhum profissional acompanhou a primeira visita.

9- Foi oferecido suporte/orientação para amamentação?

- ☐ Sim. ☐ Não.

10- O pai do bebê foi estimulado a participar das atividades de orientação do caso clínico do bebê na Unidade?

- ☐ Sim. ☐ Não.

11- Foi garantida a atuação dos pais e familiares como moduladores para o processo de recuperação (choro, dor) e bem- estar do bebê?

- ☐ Sim, dos pais e familiares. ☐ Somente dos pais. ☐ Somente da mãe.
☐ Somente do pai. ☐ Não foi garantida a atuação dos pais e familiares.
☐ Somente dos familiares. ☐ Não tenho contato com o pai e/ou familiares.

12- Foi garantida a permanência da mãe com suporte assistencial (assesto, alimentação) necessário na unidade hospitalar nos primeiros cinco dias de vida do bebê?

- ☐ Foi garantida a permanência da mãe sem o suporte necessário.
☐ Foi garantida a permanência da mãe com o suporte necessário.
☐ Não foi garantida a permanência da mãe.

13- Percebeu se houve preocupação da equipe em manter os níveis de estímulos ambientais adversos controlados na unidade neonatal? (odores, luzes e ruídos).

- ☐ Sim, de todos os estímulos ambientais.
☐ Sim, mas não de todos.
☐ Não houve preocupação da equipe.

14- O cuidado/assistência com o bebê respeita as necessidades individuais (hora do sono, banho)?

- ☐ Sim. ☐ Não. Os procedimentos são realizados em conjunto.

15- As medidas de proteção do estresse e da dor são garantidas pelos profissionais?

- ☐ Sempre. ☐ Quase sempre. ☐ Nunca.

16- Observou cuidado dos profissionais com o posicionamento do bebê?

- ☐ Sim. Em todos os períodos do dia. ☐ Sim, apenas em um período do dia.
☐ Não. O bebê permaneceu longos períodos em uma única posição.

17 Recebeu algum auxílio para a permanência na Unidade Neonatal (puérpera/mãe)?

- ☐ Auxílio transporte ☐ Refeições durante a permanência
☐ Assento (descanso) para a permanência ao lado do bebê
☐ Leito para descanso ☐ Não recebe nenhum auxílio.

Segunda Etapa Método Canguru

1- Quanto tempo foi orientada/estimulada a permanecer na posição canguru com o bebê?

- ☐ Todo o período da manhã após as mamadas
☐ Durante todo o período da tarde após as mamadas
☐ Durante toda a noite após as mamadas.
☐ Durante todo o dia sempre após as mamadas.

2- Foi oferecido suporte/orientação para amamentação?

- ☐ Sim. ☐ Não.

3- Recebeu apoio emocional além dos profissionais da equipe?

- ☐ Sim, dos familiares/amigos. ☐ Não.

4- O pai do bebê foi estimulado a participar das atividades de orientação do caso clínico do bebê na Enfermaria?

- ☐ Sim. ☐ Não.

5- Sente-se segura para manejar o bebê para posição canguru?

☐ Sim. Não preciso de auxílio. ☐ Não. Sempre preciso de auxílio da equipe.

☐ Não. Mesmo com a ajuda da equipe.

6- A equipe autoriza um afastamento temporário de acordo com as necessidades expostas?

☐ Sim.

☐ Não.

7- Foram passadas as orientações para aprender a posição canguru por quanto tempo?

☐ Até me sentir segura para manusear o bebê.

☐ Até o momento que a equipe achou necessário.

8- A equipe proporciona o devido suporte para o desenvolvimento das condições psicoafetiva entre a criança e a família?

☐ Sempre.

☐ Quando solicitado.

☐ Nunca.

9- Recebeu algum auxílio para a permanência na Enfermaria Canguru (puérpera/mãe)?

☐ Auxílio transporte

☐ Refeições durante a permanência

☐ Assento (descanso) para a permanência ao lado do bebê

☐ Leito para descanso

☐ Não recebe nenhum auxílio.

10- Percebeu se houve preocupação da equipe em manter os níveis de estímulos ambientais adversos controlados na unidade neonatal? (odores, luzes e ruídos).

- ☐ Sim, de todos os estímulos ambientais.
- ☐ Sim, mas não de todos.
- ☐ Não houve preocupação da equipe.

Terceira etapa Método Canguru

1- Foi garantido o retorno do bebê com o pediatra que acompanhou o período de internação?

- ☐ Sim, com frequência. ☐ Somente no primeiro dia.
- ☐ Não. Tenho dificuldades em localizar o pediatra.

2- Foi marcado consultas de retorno na unidade de atendimento na primeira semana?

- ☐ Sim.
- ☐ Não foi marcado visita de retorno na primeira semana.

3- A equipe atua em situações de risco? (ganho inadequado de peso, sinais de refluxo gastroesofágico, infecção, apneias).

- ☐ Sim, com rapidez ☐ Sim, mas com muita demora.
- ☐ Não. Sempre tenho que recorrer a outras assistências.

4- Foi orientada pela equipe sobre o esquema adequado de imunização?

- ☐ Sim, mais não adequadamente. ☐ Sim, de forma adequada.
- ☐ Não fui orientada por nenhum profissional.

5- Foi avaliado, incentivado e apoiado a manutenção do aleitamento materno?

☐ Sim.

☐ Não.

6- Foi observado o cuidado da equipe em avaliar e acompanhar o desenvolvimento do bebê? (follow-up).

☐ Sim.

☐ Não.

Apêndice II

Questionário II- Percepção dos Profissionais da equipe MC

1- Qual o critério adotado para o encaminhamento da primeira etapa do recém-nascido pré-termo assistido pelo o Método Canguru para a etapa posterior?

☐ Peso mínimo de 1.250 gramas. ☐ Disponibilidade de tempo dos pais.

☐ Não está fazendo uso de antibióticos.

☐ Alimentar-se pelos seios da mãe e complemento.

2- Qual o critério adotado para o encaminhamento da segunda etapa do recém-nascido pré-termo assistido pelo o Método Canguru para a etapa posterior?

☐ Ganho de peso ponderal maior que 15 gramas.

☐ Alimentação estável. (S.M.E)

☐ Mãe segura e rede social consolidada.

☐ Peso total de 1.800 gramas.

3- Qual o critério mais adotado para a alta do recém-nascido pré-termo assistido pelo o Método Canguru?

- ☐ Após completar peso maior que 2.500g.
☐ Estabilidade clínica e pais seguros.

4- A enfermagem canguru compõe quantos biônimos?

- ☐ 2 a 4. ☐ 5 a 6. ☐ 7 a 8.

5- A equipe realiza curso de capacitação?

- ☐ Sim. ☐ Não.

6- Como a enfermagem canguru localiza-se dentro do hospital?

- ☐ Próximo ao posto de enfermagem. ☐ Fora da unidade de neonatologia.

7- Quais itens o banheiro da enfermagem canguru possui?

- ☐ Dispositivo sanitário, chuveiro e lavatório.
☐ Recipiente com tampa para recolhimento de roupas usadas.
☐ Armário para acomodar os pertences pessoais.
☐ Somente dispositivo sanitário e lavatório.

8- A avaliação do método é feita de forma periódica?

- ☐ Sim. ☐ Não

9- A equipe conta com carro com equipamento adequado para reanimação cardiorrespiratória?

- ☐ Sim ☐ Não

10- Existe uma técnica de enfermagem 24h na enfermaria canguru?

☐ Sim.

☐ Não.

11- O acompanhamento do ganho de peso do bebê é feito com que frequência?

☐ Diário.

☐ critério do médico.

☐ Não é feito um acompanhamento do ganho de peso.

12- Existe uma preocupação da equipe em avaliar e acompanhar o desenvolvimento do bebê? (follow-up).

☐ Sim.

☐ Não.

13- Existem profissionais de reabilitação envolvidos no acompanhamento do desenvolvimento do bebê no follow-up?

☐ Sim. Fonoaudiólogo, Fisioterapeuta e Terapeuta Ocupacional.

☐ Sim. Fonoaudiólogo.

☐ Sim. Fisioterapeuta.

☐ Sim. Terapeuta Ocupacional.

☐ Não temos profissionais no follow-up